



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

O Conforto do Doente Crítico no Serviço de Urgência

Nuno Miguel Cordeiro Bravo

Orientação: Professora Doutora Maria do Céu Mendes Pinto
Marques

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica, A Pessoa em
Situação Crítica

Relatório de Estágio

Portalegre, ano 2020



POLITÉCNICO
DE PORTALEGRE



IPBeja

INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



IPS Instituto
Politécnico de Setúbal



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

O Conforto do Doente Crítico no Serviço de Urgência

Nuno Miguel Cordeiro Bravo

Orientação: Professora Doutora Maria do Céu Mendes Pinto
Marques

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica, A Pessoa em
Situação Crítica

Relatório de Estágio

Portalegre, ano 2020

O CONFORTO DO DOENTE CRÍTICO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Nuno Miguel Cordeiro Bravo

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica, A Pessoa em Situação Crítica

Júri:

Presidente: Professor Doutor Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro, Professor Coordenador, Escola Superior de Saúde de Portalegre

Arguente: Professora Doutora Maria Alice Góis Ruivo, Professora Coordenadora, Escola Superior de Saúde de Setúbal

Orientadora: Professora Doutora Maria do Céu Marques Pinto, Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Évora

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, deixam algo em nós, levam algo de nós.”

(Antoine De Saint-Exupéry)

AGRADECIMENTOS

A conclusão deste estudo não seria possível sem o apoio e colaboração de um núcleo de pessoas e instituições. Desta forma quero agradecer a todos sem exceção que de uma forma ou de outra me acompanharam neste percurso nomeadamente:

À Professora Doutora Maria do Céu Marques, pela sua excelente orientação, auxílio e motivação.

À enfermeira Sandra Sapatinha, pelo notável acompanhamento em estágio e disponibilidade.

À Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, designadamente ao Serviço de Urgência do Hospital de Santa Luzia de Elvas e em especial à Enfermeira Chefe do Serviço de Urgência, Catarina Aranha, pela dedicação, e pelo seu envolvimento.

A toda a minha família que se disponibilizou para ajudar e em especial aos meus pais, pelo seu apoio incondicional.

Um agradecimento especial à minha companheira e ao meu filho, para quem estive tão pouco presente e disponível, mas que nunca me negaram o seu carinho, apoio e compreensão durante esta difícil, mas gratificante etapa académica.

A todos muito obrigado!

RESUMO

O relatório de estágio pretende dar resposta aos objetivos da unidade curricular relatório. **Objetivo:** O objetivo geral deste relatório é descrever de forma crítica as atividades desenvolvidas ao longo dos dois estágios. **Método:** Método descritivo para as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios. Durante o estágio final foi desenvolvida uma atividade que segue a metodologia de projeto, designadamente a atividade major, que dá o nome ao relatório. Com recurso à teoria do conforto de Katharine Kolcaba, foi construído um instrumento para avaliar o conforto do doente crítico. **Resultados:** Apresenta as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios. No estudo piloto desenvolvido no serviço de urgência, verificou-se que existem níveis de conforto diferentes de acordo com a triagem de Manchester. **Conclusão:** A Escala Geral de Conforto de 32 itens (EGC) revelou ser um instrumento importante para avaliar o conforto do doente crítico. Na prática diária dos enfermeiros verificou-se maior preocupação em proporcionar um melhor conforto aos doentes mesmo em contexto de urgência. Considero ter desenvolvido competências de enfermeiro especialista em EMC – PSC e de Mestre em Enfermagem.

Palavras-chave

Enfermagem médico-cirúrgica, Conforto, Doentes, Serviço de Urgência.

ABSTRACT

The internship report aims to respond to the objectives of the curricular unit report.

Objective: The general objective of this report is to describe in a critical way the activities developed during the two stages. **Method:** Descriptive method for the activities developed during the internships. During the final stage, an activity was developed that follows the project methodology, namely the major activity, which gives the report its name. Using Katharine Kolcaba's theory of comfort, an instrument was built to assess the comfort of critically ill patients.

Results: It presents the activities developed during the internships. In the pilot study developed in the emergency department, it was found that there are different levels of comfort according to the screening of Manchester. **Conclusion:** The General Comfort Scale of 32 items (EGC) proved to be an important instrument to assess the comfort of critically ill patients. In the daily practice of nurses, there was a greater concern to provide better comfort to patients even in an emergency context. I believe I have developed skills as a specialist nurse in EMC - PSC and as a Master in Nursing.

Keyword

Medical-surgical nursing, Comfort, Patients, Emergency Service.

ABREVIATURAS

Dec. Lei – Decreto-lei

Enf.^a – Enfermeira

Enf.^o - Enfermeiro

N.^o - Número

SIGLAS

APIC – Associação Portuguesa de Intervenção Cardiovascular

DAV – Diretiva Antecipada de Vontade

DGS – Direção Geral da Saúde

ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control

EGC – Escala Geral de Conforto de 32 itens

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPI – Equipamento de Proteção Individual

GCL – PPCIRA- Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controle de Infecção e Resistência a Antimicrobianos

GPT – Grupo Português de Triagem

HESE – Hospital espírito Santo Évora

HSLE – Hospital Santa Luzia Elvas

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MMSE – Mini Mental State Examination

OE – Ordem Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PQ – Procedimento de Qualidade

PSC – Pessoa em situação crítica

RENTEV – Registo Nacional do Testamento Vital

REPE – Regulamento do Exercício da Profissão do Enfermeiro

SAGRIS – Sistema de Apoio à Gestão do Risco

SIV – Suporte Imediato de Vida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SO – Serviço de Observação

STM – Sistema de Triagem de Manchester

SU – Serviço de Urgência

UADCI – Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	15
1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS	18
1.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL SANTA LUZIA, EM ELVAS	18
1.2 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CORONÁRIOS, HOSPITAL ESPÍRITO SANTO, ÉVORA.	22
1.3 UNIDADE DE ANGIOGRAFIA DIGITAL E CARDIOLOGIA DE INTERVENÇÃO ...	24
2. ANÁLISE DOS OBJETIVOS DO PROJETO DE ESTÁGIO.....	27
3. ATIVIDADE DE INTERVENÇÃO MAJOR.....	29
3.1 FUNDAMENTAÇÃO	29
3.1.1 O conforto em enfermagem	30
3.1.2 Modelo de Referência -Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba	31
3.1.3 O conforto no serviço de urgência	33
3.2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	36
3.3 DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS	38
3.4. PLANEAMENTO	39
3.4.1 População alvo	40
3.5 EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO	41
3.5.1 Apresentação e análise dos resultados.....	45
3.6 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	56
4. REFLEXÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS	57
4. 1 - COMPETÊNCIAS DE MESTRE E COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	57
4.2 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA E SITUAÇÃO CRÍTICA.....	69
5. CONCLUSÃO.....	77
6. BIBLIOGRAFIA	79

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela n.º 1- Doentes admitidos no serviço de urgência	23
Tabela n.º 2- Doentes admitidos no serviço de urgência por dia\turno	24
Tabela n.º 3- Distribuição de doentes triados por cor no serviço de urgência	25
Tabela n.º 4 - Análise SWOT	42
Tabela n.º 5 - Principais atividades da intervenção major	46
Tabela n.º 6 - Estrutura taxonómica da Escala Geral de Conforto de 32 itens	49
Tabela n.º - 7 – Sumário da formação	51
Tabela n.º 8 - Percentagem de respostas obtidas da aplicação da Escala Geral de Conforto de 32 itens	56
Tabela n.º 9 - Percentagem média de respostas “concordo” e “concordo totalmente” da aplicação da Escala Geral de Conforto de 32 itens	63
Tabela n.º 10 - Percentagem de respostas SIM, da grelha de observação sobre os procedimentos realizados pelos enfermeiros para promover o conforto	64

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico n.º 1 - Distribuição da amostra por sexo	53
Gráfico n.º 2 - Distribuição da amostra por grupo etário	54
Gráfico n.º 3 - Distribuição da amostra por nível de escolaridade	54
Gráfico n.º 4 - Distribuição da amostra da primeira vez que recorre ao SU	55
Gráfico n.º 5 - Triagem de Manchester	55

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I - Projeto de Estágio	XCVII
Apêndice II - Cronograma de atividades	CXXXI
Apêndice III - Escala Adaptada de Escala Geral de Conforto de 32 itens.....	CXXXIII
Apêndice IV - Divulgação da formação em serviço “ O Conforto do doente crítico no serviço de Urgência”	CXXXVII
Apêndice V - Plano da sessão da formação	CXL
Apêndice VI - Instrução de trabalho medidas não-farmacológicas	CXLII
Apêndice VII - Grelha de observação	CXLVII
Apêndice VIII - Poster das DAV	CXLIX
Apêndice IX - Cartaz das DAV	CLI
Apêndice X - Formação “ O uso de luvas pelos Enfermeiros no Serviço de Urgência”	CLIII
Apêndice XI - Formação “ O Conforto do doente crítico no serviço de urgência” ..	CLXVI
Apêndice XII - Levantamento de risco clínico	CLXXIX
Apêndice XII - Artigo “ O conforto do doente crítico”	CLXXX

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I - Declaração de Aceitação de Orientação	CC
Anexo II - Parecer Positivo da Comissão de Ética para a Saúde da ULSNA	CCII
Anexo III - Comprovativos de autorização ao projeto pelo Conselho Técnico- Científico da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre	CCV
Anexo IV - Autorização de utilização do questionário pela autora	CCVII
Anexo V - Consentimento informado de participação no estudo	CCIX
Anexo VI - Mini Mental State Examination	CCXII
Anexo VII - Folha de Avaliação da Sessão de Formação e do Formador	CCXV
Anexo VIII - Certificado de Conclusão com Aproveitamento o Curso de Formação Profissional “Suporte Avançado de Vida” da Alento	CCXVII
Anexo IX - Certificado de Conclusão com Aproveitamento o Curso de Formação Profissional “Trauma Life Support Advanced” da Femédica	CCXIX

0. INTRODUÇÃO

Inserido no âmbito do 3º Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, foi-nos solicitado a realização de um relatório final que visa analisar e refletir sobre o percurso efetuado no decorrer do estágio I e estágio final, com vista à aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica e do grau de Mestre em Enfermagem.

O primeiro estágio, com menor tempo de duração, teve um total de 144 horas, tendo decorrido de 20 de Maio de 2019 a 30 de Junho de 2019, no serviço de urgência (SU) do Hospital Santa Luzia em Elvas (HSLE). O estágio final, com uma duração maior, no total 336 horas, teve início a 16 de Setembro de 2019 e terminou a 31 de Janeiro de 2020, decorrendo no SU do HSLE, na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC) do Hospital Espírito Santo em Évora (HESE) e ainda na Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção (UADCI), do HESE.

O desenvolvimento de um relatório, é definido pela Universidade de Évora (2010) como um documento que visa descrever e refletir de forma fundamentada as intervenções desenvolvidas num contexto âmbito técnico-profissional do estágio efetuados numa instituição que será sujeito a defesa pública perante um júri, a sua execução decorreu sob a tutoria da Professora Doutora Maria do Céu Marques, que pertence à Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Universidade de Évora (Anexo I), e teve como documentos orientadores o Regulamento de Estágio e Relatório Final de Mestrado em Exercício e Saúde da Universidade de Évora (2014) e o Regulamento de Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem (Associação Escolas Superiores Enfermagem Saúde, 2016).

Com esta produção escrita pretende-se que seja evidenciada a capacidade de reflexão crítica das atividades desenvolvidas ao longo dos dois estágios, que exista cientificidade nas escolhas realizadas, e ainda descrever e avaliar a atividade major de intervenção implementada originando o título do relatório de estágio: O Conforto do Doente Crítico no Serviço de Urgência.

No que concerne a esta área específica da Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), pessoa em situação crítica (PSC), as competências especializadas implicam “ cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida,

prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (OE, no regulamento n.º 429/2018, pág. 19362).

No decorrer deste percurso académico, baseamo-nos nas competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros para o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica, segundo a qual é um enfermeiro que detém um saber diferenciado na abordagem ao doente crítico e que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão (OE, 2019).

Foi com base nestas premissas, que ao longo deste período, fomos adquirindo competências, e desenvolvendo a capacidade de reflexão originando uma melhoria no desempenho profissional.

No que diz respeito à atividade de intervenção major implementada, emerge da necessidade de melhorar as medidas de conforto utilizadas pelos enfermeiros principalmente nos SU, por serem um contexto que apresenta circunstâncias únicas relativamente à prestação de cuidados.

Os enfermeiros assumem um papel fundamental no cuidar a pessoa em situação crítica. O conforto do doente crítico é uma área de relevo para os enfermeiros, não só pela relação que estabelece com o doente, mas também pelo seu trabalho de proximidade (Vidal,2015).

A missão assumida dos enfermeiros é a arte de cuidar, nesta perspetiva a promoção do conforto e as diversas medidas utilizadas para o alívio do sofrimento, devem ser uma constante nesta missão (Kolcaba,2003).

A intervenção major assenta na metodologia de projeto, uma vez que os seus pressupostos tem por base solucionar problemas, adquirindo-se determinadas capacidade e competências para a consagração dos projetos de uma situação real (Ruivo et al.,2010).

Perante o exposto, traçamos como objetivo geral do presente relatório, descrever de forma crítica as atividades desenvolvidas ao longo dos dois estágios.

Como objetivos específicos pretende:

- Relatar os diferentes contextos do percurso formativo;
- Apresentar a atividade de intervenção major desenvolvida;
- Analisar criticamente a aquisição de competências de Mestre, e Enfermeiro Especialista em EMC adquiridas durante o processo de aprendizagem teórico-prático;

O presente relatório apresenta-se organizado em diversos capítulos. No primeiro capítulo é realizada uma breve descrição e caracterização dos locais de estágio.

No segundo capítulo, é feita uma análise sobre os objetivos do projeto de estágio, definindo um percurso com vista a atingir os objetivos traçados.

O terceiro capítulo debruça-se sobre a atividade de intervenção major implementada e executada, bem como as suas etapas. Esta atividade é o produto central e eleva o conhecimento sobre a temática do conforto procurando melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

No quarto capítulo são elencadas competências de Mestre, de Enfermeiro Especialista e de Enfermeiro Especialista em EMC na PSC adquiridas e desenvolvidas.

No quinto e último capítulo, encontra-se a conclusão do presente trabalho, onde constam os principais resultados.

O presente relatório encontra-se redigido de acordo as novas diretrizes do ortográfico português e segue as normas da sexta edição da American Psychological Association (APA, 6th).

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS

Este capítulo dá ênfase à descrição dos contextos clínicos, nos quais foram desenvolvidas competências de Enfermeiro Especialista em EMC na PSC, e de Mestre.

A realização do estágio final ocorreu em três locais diferentes. O primeiro realizou-se no SU do Hospital Santa Luzia em Elvas, que integra a Unidade Local do Norte Alentejano (ULSNA), este contexto coincidiu com o do estágio I o segundo na UCIC do Hospital Espírito Santo, em Évora, e o terceiro na UADCI também do Hospital Espírito Santo, em Évora.

Esta multiplicidade de contextos clínicos ao longo deste caminho académico é de extrema importância para a aquisição de competências, uma vez que todos os locais selecionados são altamente especializados no tratamento do doente crítico.

Benner (2005) realça a importância dos contextos clínicos para o desenvolvimento de competências, onde ocorre uma convergência dos conhecimentos teóricos com as práticas realizadas, contribuindo para importantes aprendizagens experienciais.

1.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL SANTA LUZIA, EM ELVAS

O SU do HSLE, assenta os seus princípios regentes na ULSNA, EPE. Classifica-se como SUB de acordo com o despacho n.º 13 427/2015 de 20 de novembro, contudo, nos dias de hoje satisfaz todas as urgências da área médico-cirúrgica.

A ULSNA, E.P.E. – constituiu-se no dia 1 de março de 2007. Dela fazem parte duas unidades hospitalares e o agrupamento de Centros de Saúde. Dotada de autonomia administrativa financeira e patrimonial nos termos do Dec. Lei n.º 133/2013 de 3 de outubro, rege-se pelo Dec. lei n.º 50-B/2007 de 28 de fevereiro de 2007, com as alterações introduzidas pelo Dec. Lei n.º 12 /2015 de 26 de Janeiro (ULSNA, 2020).

Esta entidade tem como finalidade prestar cuidados de saúde primários, secundários, reabilitação, prestação de cuidados integrados e paliativos à população. Para além dos cuidados prestados à população, a ULSNA tem também como meta desenvolver a área de investigação, da formação e do ensino (ULSNA, 2020).

A ULSNA tem como **missão**: “...Promover o potencial de todos os cidadãos, através do fomento da saúde e da resposta à doença e incapacidade, garantindo a qualidade dos serviços prestados, a tutela da dignidade humana e a investigação permanente na procura contínua de soluções que reduzam a morbilidade e permitam obter ganhos em saúde” (ULSNA, 2020, p. 7).

Visão: “construir uma imagem de excelência no atendimento dos cidadãos, na ligação à comunidade, na criação de parcerias, na investigação permanente e no impacto das atividades desenvolvidas” (ULSNA, 2020, p.7).

Valores: “respeito pela dignidade e direitos dos utentes, excelência técnica, acessibilidade e equidade dos cuidados, promoção da qualidade, motivação e atuação proactiva, melhoria continua, trabalho de equipa, respeito pelas normas ambientais” (ULSNA, 2020, p.7).

O SU do HSLE, localiza-se no 1º piso e está distribuído pelos seguintes espaços:

Zona de entrada: é constituída por uma sala ampla onde existe uma instalação sanitária para doentes, sendo também onde se efetuam as admissões. É também neste sala que os doentes com prioridade pouco urgente e não urgente aguardam pela sua vez.

Sala de Triagem: como o próprio nome indica é a sala onde se realiza a Triagem de Manchester.

Balcão 1: local onde se efetua o atendimento dos doentes não urgentes.

Sala de Reanimação: local onde são prestados cuidados a doentes em situação emergente

Sala das Pequenas Cirurgias: local onde são realizados atos cirúrgicos.

Balcão 2: local onde são atendidos os utentes que carecem de monitorização cardíaca, ou de realizar oxigenoterapia, enquanto aguardam pela observação médica.

Sala de Ortopedia: lugar onde são cuidados os doentes de traumatologia e do foro ortopédico.

Sala de exames: local onde se realizam os eletrocardiogramas (ECG).

Sala Médica de Especialidades: sala usada pelos médicos das diversas especialidades para examinarem os doentes.

Serviço de Observação: É um serviço composto por 2 salas com 2 camas cada, separados por uma zona de trabalho. Consiste num local onde ficam internados os utentes hemodinamicamente instáveis, ou que necessitam de vigilância permanente. Cada unidade possui um monitor cardíaco (registo ECG, SpO2 e TA).

Corredor do Serviço de Urgência: é usado como sala de espera, por escassez de locais físicos. Neste local permanecem os doentes triados à espera de observação médica e os que está a ser administrada medicação endovenosa, ou ainda os que aguardam a realização de meios complementares de diagnóstico.

O serviço dispõe ainda de 1 Copa onde são acondicionadas as refeições; 1 Sala de Arrumos; 2 instalações sanitárias: umas para os utentes e outras para os funcionários; 1 Sala de Pausa; 1 Sala de onde se colocam os sujos; e a Base do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM):

espaço onde permanece a equipa de serviço ao meio Suporte Imediato de Vida (SIV) integrada no SU.

A equipa do SU é constituída por 2 médicos de medicina geral e familiar, 1 medicina interna, 1 cirurgião, 1 ortopedista e 1 anestesista. A restante equipa é composta por 24 enfermeiros, 7 assistentes operacionais e 7 administrativos.

Relativamente à composição da equipa de enfermagem atualmente fazem parte dela uma enfermeira chefe, seis enfermeiros especialistas em EMC na PSC, e 17 enfermeiros de cuidados gerais. Importa referir que da equipa mencionada 6 integram a equipa de pré-hospitalar no meio SIV. A distribuição dos enfermeiros é feita da seguinte forma: 4 enfermeiros no turno da manhã, 4 enfermeiros no turno da tarde, e 2 enfermeiros no turno da noite.

A equipa de enfermagem, esta é constituída pela enfermeira chefe, seis enfermeiros especialistas em EMC na PSC, e 17 enfermeiros de cuidados gerais. Da equipa de enfermagem descrita, 6 integram a equipa de pré-hospitalar no meio SIV. A distribuição dos enfermeiros é feita da seguinte forma: 4 enfermeiros no turno da manhã, 4 enfermeiros no turno da tarde, e 2 enfermeiros no turno da noite.

O método de trabalho utilizado pela equipa de enfermagem na prestação de cuidados é o método individual, ou seja, centra a sua atenção nas necessidades dos doentes, valorizando a personalização e individualização dos cuidados, sendo o enfermeiro responsável durante o turno, pela prestação de todos os cuidados aos doentes que lhe foram distribuídos (Slatyer et al., 2015).

O hospital Santa Luzia em Elvas serve a população de todo o município, 20 852 habitantes e ainda população dos conselhos limítrofes totalizando 56 460 habitantes (Pordata, 2019). No entanto existem ainda alguns conselhos que apesar de não pertencerem ao distrito de Portalegre, os seus habitantes recorrem aos serviços de saúde que este hospital oferece.

Ao serviço mencionado recorre todo o tipo de população, crianças, adultos, mulheres grávidas e idosos. Uma vez que o hospital mais próximo se localiza a cerca de 55km de distância, é uma porta de entrada para o doente crítico. Aqui é realizada uma abordagem primária destes doentes e só depois de se encontrarem hemodinamicamente estáveis, serão encaminhados para outros Hospitais com meios diferenciados.

A análise de produção do SU foi realizada com base nos dados facultados pelo gabinete de planeamento e controlo, para o ano de 2019. Como se pode verificar na tabela seguinte este serviço atendeu durante este ano um total de 29,162 doentes, o que perfaz uma média de 80 doentes por dia.

Tabela n.º 1- Doentes admitidos no serviço de urgência (2019)

Serviço de Urgência	Ano 2019	Valores em %
N.º Atendimentos s\internamento	27,094	93%
N.º Abandonos	557	2,7%
N.º Doentes SO (< 24h)	51	0,5%
Nº Internamentos SO	868	3,8%
Nº Atendimentos totais	29,162	100%

Font in: ULSNA, Adw, Alert®, 2019

Analisando os dados obtidos na tabela nº 1, pode verificar-se que 93% dos doentes que são observados no SU não ficam internados. Constata-se ainda que 3,8% dos doentes que recorrem ao SU necessitam de ficar internados em SO por um período superior a 24 horas.

Tabela n.º 2- Doentes admitidos no serviço de urgência por dia\turno (2019)

Média de episódio/por dia/ por turno		
Turnos	Nº Episódios	Nº Episódios em %
0-8 h	8	10%
8 – 16 h	41	51,3%
16 – 24 h	31	38,7%
Total	80	100%

Font in: ULSNA, Adw, Alert®, 2019

Através dos dados obtidos na tabela nº 2, verifica-se que 50,3% dos doentes que recorrem ao serviço durante o turno da Manhã (8-16h). No turno da Noite (0-8h), o número de doentes é bastante reduzido.

A fórmula utilizada para calcular as dotações seguras no SU é por posto de trabalho, adequado à casuística e fluxos de procura durante o dia, o que justifica a redução do n.º de enfermeiros no turno da noite (OE, 2014).

O *Manchester Triage System* ou Sistema de Triagem de Manchester (STM) foi criado e implementado no ano de 1997 no hospital da cidade de Manchester. Desde então, este sistema tem sido implementado em diversos países, nomeadamente em Portugal desde 2000.

No SU onde foi realizado o estágio, o STM está implementado desde 2005, é um sistema que permite reconhecer critérios de gravidade de forma sistematizada e objetiva, que sugerem o nível de prioridade e o tempo alvo recomendado até à observação médica. (Grupo Português de Triagem, 2015).

No que diz respeito aos dados da Triagem de Manchester, a tabela seguinte demonstra a distribuição de doentes conforme a cor atribuída.

Tabela n.º 3- Distribuição de doentes triados por cor no serviço de urgência (2019)

Serviço de urgência		
Triagem de Manchester	Nº Episódios	% Atribuída
Vermelho	135	0,46%
Laranja	3,295	11,30%
Amarelo	13,765	47,20%
Verde	11,223	38,49%
Azul	318	1,09%
Branco	376	1,29%
Não Aplicável	50	0,17%
Total	29,162	100,00%

Font in: ULSNA, Adw, Alert®, 2019

Analisando os dados verifica-se que a predomina a prioridade urgente com 47,20%, no entanto a prioridade pouco urgente tem uma elevada percentagem (38,49%). Realço um dado interessante que respeita ao atendimento pouco urgente, não urgentes e brancos, que representam 41% dos atendimentos.

Há uma tendência para a desvalorização da rede dos cuidados de saúde primários por parte dos doentes, levando a um aumento significativo da procura dos serviços de urgência hospitalares, existindo uma necessidade de reestruturação do serviço nacional de saúde (SNS) e educação à população (Zachariasse et al, 2017).

1.2 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CORONÁRIOS, HOSPITAL ESPÍRITO SANTO, ÉVORA.

O HESE, E.P.E. é um hospital público, que integra o Serviço Nacional de Saúde (SNS) da Região Alentejo. É visto como a unidade de referência de toda a região do Alentejo, oferecendo uma resposta diferenciada de cuidados (HESE, 2020).

O HESE tem como **missão**: “prestar cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil, garantindo padrões elevados de desempenho técnico-científico, de eficaz e eficiente gestão de recursos, de humanização e promovendo o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores” (HESE, 2020, p.1).

Objetivos:

- “ Contribuir para a obtenção de ganhos de saúde em articulação com os cuidados de saúde primários e com o setor social e privado;
- Garantir a humanização dos cuidados e os direitos dos utentes; melhorar o acesso e a adequação da oferta de serviços;
- Melhorar a eficiência técnica e económica;
- Melhorar a qualidade dos cuidados e da organização dos serviços; valorizar o capital humano” (HESE, 2020, p.1).

A minha opção em realizar o 2º campo de estágio na UCIC demonstrou-se determinante neste percurso formativo. Para além de prestar cuidados a doentes críticos do foro cardiológico, foi possível debater situações clínicas com os enfermeiros, e por vezes também com a equipa médica.

A UCIC encontra-se localizada no 5º piso do HESE, esta unidade é parte integrante do serviço de cardiologia, a sua lotação é de 6 camas. Cada unidade do doente, possui, monitores cardíacos, bombas infusoras, rampas de oxigénio e vácuo. Se existir necessidade a UCIC tem equipamentos para ventilação invasiva e não-invasiva.

No centro à entrada da unidade situa-se a bancada de monitorização central, as 6 camas ficam dispostas à sua volta, em regime de unidade aberta, para que a equipa de cuidados, enfermeiros e médicos possam ter uma maior visualização dos doentes, para antecipar e resolver eventos que surjam.

Por turno prestam cuidados 2 enfermeiros, já no que respeita aos assistentes operacionais, no turno da manhã estão presentes 2 elementos e nos restantes turnos 1 elemento. Normalmente os 2 enfermeiros escalados para a UCIC são enfermeiros especialistas na área da EMC na PSC, cumprindo as recomendações da OE, relativamente às dotações seguras em enfermagem.

A OE no parecer nº 15/2018 a nível das dotações seguras nos Cuidados Intensivos preconiza os 50% de Enfermeiros Especialistas em EMC, num rácio de enfermeiro/doente calculado diariamente, através de instrumentos cientificamente aceites (OE,2018).

O Enfermeiro que assume a coordenação do turno é, preferencialmente, um Enfermeiro especialista, profissional que integra as competências comuns e específicas na área de especialização dotado de um conjunto de habilidades e uma sabedoria diferenciada em situações de um elevado nível de complexidade (Colégio de Especialidade de EMC, 2017).

Na prestação de cuidados enfermagem vigora o método por enfermeiro responsável, isto é, pretende-se que o doente receba cuidados individualizados de alta qualidade, sendo o enfermeiro responsável durante todo o turno, cabendo-lhe a responsabilidade de efetuar a colheita de dados, o diagnóstico, planeamento dos cuidados, e a preparação da alta (Costa,2016).

À referida unidade prestam apoio os médicos cardiologistas, sendo que existe um médico responsável pela unidade, os utentes são observados pela manhã e caso seja necessário em situações de urgência existe sempre um cardiologista de serviço.

A unidade recebe doentes com as mais diversas patologias cardíacas designadamente, com bradi ou taquidisritmias, insuficiência cardíaca descompensada, síndrome coronário agudo, edema agudo do pulmão, e doentes em falência multiorgânica. Para além do referido esta unidade recebe ainda utentes vindos da UADCI submetidos a intervenção coronária percutânea e também aquando da colocação de pace-maker.

Existiu também a possibilidade de conhecer as infraestruturas do serviço, e ainda a dinâmica e atuação de toda a equipa na prestação de cuidados à pessoa com doença crítica coronária. Durante o mesmo foi ainda possível consultar protocolos, normas, folhas de registo, e perceber como se desenrola todo o trajeto do doente desde a sua entrada até a sua alta ou transferência

A realização do estágio na UCIC revelou-se determinante para o desenvolvimento de competências técnicas, um maior conhecimento de terapêuticas específicas de cardiologia e a visualização de tecnologias especializadas como a monitorização hemodinâmica invasiva. Foi ainda possível analisar de forma detalhada traçados em monitores cardíacos, ventilação não-invasiva e ventilação invasiva.

1.3 UNIDADE DE ANGIOGRAFIA DIGITAL E CARDIOLOGIA DE INTERVENÇÃO

No decorrer do estágio na UCIC, tive também oportunidade de realizar turnos na Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção (UADCI). O serviço está em funcionamento desde Junho de 2009, no entanto, só a partir do ano de 2013 passou a funcionar 24 horas por dia e exclusivamente para situações de emergência.

Com a alteração do horário do serviço mencionado anteriormente, permitiu dar resposta a todos os utentes provenientes de todo o Alentejo, obviamente que com esta medida implementada trouxe muitos benefícios para os doentes e para o SNS uma vez que já não necessitam ser transferidos para Lisboa, que se traduz num maior conforto para o doente e menos custos para o SNS.

A Associação Portuguesa de Intervenção Cardiovascular (APIC), defende que o diagnóstico precoce e o início de reperfusão atempadamente é fundamental para o sucesso na abordagem do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) (APIC, 2020). A mesma associação acrescenta o tempo desde o início dos sintomas até ao início de reperfusão, tem um impacto determinante no prognóstico do doente com EAM. A minimização deste tempo deve ser um dos objetivos primordiais de todos os profissionais de saúde envolvidos na abordagem destes doentes, pois “Tempo é Miocárdio”.

Uma intervenção precoce no EAM, é fundamental para manter a viabilidade do miocárdio, o período que se inicia com a primeira abordagem médica até à reperfusão, constitui um indicador de qualidade no EAM (Ferreira, 2017).

Importa realçar o papel da UADCI no tratamento de doentes com patologia cardíaca, é um laboratório onde se realizam angioplastias que são primordiais no tratamento precoce do doente com EAM.

A UADCI, também chamada de laboratório de hemodinâmica, localiza-se no piso zero do HESE, EPE. Existem duas unidades de exames diferenciadas, a Ressonância Magnética e a Angiografia que atualmente dispõe de duas salas. Na altura em que estive em estágio, o serviço encontrava-se numa fase transitória para o primeiro Centro de Responsabilidade Integrada (CRI) Cardiovascular do país, que integra cuidados cardíacos, vasculares e neurovasculares, Este novo modelo de gestão implementado através CRI vai permitir integrar os cuidados cardiovasculares (cardíacos, vasculares e neurovasculares). Os CRI estão contemplados no novo regime dos hospitais do setor público, publicado em Diário da República a 10 de Fevereiro de 2017.

Ao entrarmos na unidade podemos encontrar uma sala composta por três unidades (Camas, Monitores, rampas de oxigénio e vácuo, e seringas infusoras), é nesta sala que os doentes são

recebidos e aguardam pelo tratamento e após o mesmo fazem a recuperação, até seguirem para o domicílio ou internamento.

Relativamente as salas de Angiografia são compostas por uma panóplia de equipamento, altamente diferenciado para dar resposta ao doente cardíaco em situação crítica.

Ainda existe uma sala designa de sala de comandos, onde se encontram todos os dispositivos informáticos onde se realizam os relatórios das intervenções realizadas, e faculta todo o apoio necessário à sala principal.

Na unidade a equipa de profissionais de saúde, é composta por 5 enfermeiros (sempre 2 em cada turno), 4 Assistentes Operacionais (dois por turno), 5 Técnicos de Cardiopneumologia (dois por turno), 7 Técnicos de Radiologia (dois por turno), e por uma equipa de médicos que se encontram divididos pelas áreas de cardiologia, cirurgia vascular e nefrologia.

A UADCI encontra-se integrada no departamento da Cardiologia, a Enfermeira Chefe é a mesma, embora exista uma Enfermeira Responsável pela unidade.

A prestação de cuidados de enfermagem na UADCI, devido ao grau de especificidade e instabilidade do doente crítico, obriga a uma gestão cuidada dos recursos humanos e materiais. No turno da manhã a Enfermeira Responsável pela unidade distribuía os enfermeiros consoante as suas competências pelos serviços em funcionamento. Os enfermeiros especialistas eram alocados nas salas onde existiam doentes mais instáveis.

A UADCI dá resposta a todo o Alto Alentejo (Elvas e Portalegre) com 106.268 habitantes, Alentejo Central (Évora) com 153.701 habitantes e ainda todo o Baixo Alentejo (Beja) 117.213 perfazendo um total de 377.182 habitantes. (PORDATA, 2019)

De forma a perceber toda a dinâmica funcional e estrutural da unidade, é fundamental mencionar que as atividades da UADCI atualmente encontram-se divididas em três áreas distintas são elas: Cardiologia, Vascular e Nefrologia.

Na área da Cardiologia as atividades encontra-se subdivididas pela área da Arritmologia onde se colocam e são revistos os *pacemakers* e pela área da Hemodinâmica onde se realizam angioplastias e angiografias das artérias coronárias. Na área Vascular realizam-se principalmente angioplastias ou angiografias dos membros inferiores, das carótidas e da artéria aorta. As atividades da área da Nefrologia prendem-se com intervenções de angiografias de acessos, colocação e desobstrução dos cateteres de hemodialise.

2. ANÁLISE DOS OBJETIVOS DO PROJETO DE ESTÁGIO

A elaboração do projeto de estágio (Apêndice I) permitiu definir um percurso, de forma a concretizar os objetivos traçados no início. A grande vantagem de realizar um projeto é que permite definir uma linha orientadora com o intuito de solucionar o problema identificado inicialmente.

De acordo com Ruivo “um projeto desenvolve-se num determinado quadro, contextual, prescritivo e normativo, a partir da identificação de problemas e/ou necessidades, propondo objetivos, planeando a organização de ações no tempo e mobilizando recursos e estratégias para alcançar o resultado desejado” (Ruivo et al.,2010, p.4).

Neste sentido, propomos como objetivo geral desenvolver competências comuns e específicas no cuidar á PSC no contexto da especialidade Médico-Cirúrgica e competências de mestre em enfermagem.

Para além do objetivo geral, foram também definidos objetivos específicos. Para dar resposta ao primeiro objetivo específico: apresentar a justificação pessoal da escolha dos contextos onde pretendo efetivar os estágios.

A escolha do SU para a realização do estágio surgiu porque é um serviço onde se realizam intervenções ao doente em situação crítica, com diferentes necessidades de reanimação cardioplumonar a cuidados altamente diferenciados. A atividade de intervenção major foi desenvolvida neste serviço por ser o campo de estágio de maior duração.

Relativamente à UCIC a escolha recaiu, pelo facto de ser um serviço com características específicas nos cuidados ao doente crítico do foro cardiológico, sendo uma mais-valia no desenvolvimento das competências pretendidas. A proximidade geográfica também foi outro fator que tivemos em conta, uma vez que facilitou a organização do horário e da vida pessoal e familiar. Por último a UADCI, surgiu como complemento ao Estágio da UCIC uma vez que estes serviços estão interligados.

Assim, considero que a seleção dos locais de estágios foram adequados e possibilitaram a aquisição das competências propostas. Contudo, o tempo de permanência em cada campo de Estágio devia ser distribuído uniformemente. A supervisão nos respetivos campos de Estágio foram sempre atribuídos a Enfermeiras especialistas em enfermagem médico-cirúrgica.

No que tange aos outros objetivos específicos que foram traçados, um está relacionado com a caracterização dos serviços, que já foi descrito no capítulo anterior do relatório. Os restantes

permitiram organizar o decorrer do estágio, no entanto, como estão relacionados com a aquisição de competências, reflexão e avaliação serão abordados num capítulo específico deste relatório.

3. ATIVIDADE DE INTERVENÇÃO MAJOR

A realização do estágio final foi determinante para a aquisição de várias competências, quer comuns quer específicas, do enfermeiro especialista em EMC na PSC e competências de mestre em enfermagem.

Neste capítulo, descreve-se os procedimentos metodológicos que serviram de linhas orientadoras e preparação da elaboração deste relatório, descrevendo os procedimentos utilizados (Coutinho, 2015).

A Atividade de Intervenção Major foi realizada no SU do HSLE, e emerge de um problema real na sequência dos estágios, para o qual foram delineadas e programas intervenções, tendo como base a Metodologia de Projeto, ou seja, uma metodologia que apresenta como principal ideologia a resolução de problemas, adquirindo-se determinadas capacidade e competências para a consagração dos projetos de uma situação real (Ruivo et al.,2010).

Esta metodologia contempla cinco etapas distintas: o diagnóstico de situação, a definição dos objetivos, o planeamento, a execução e avaliação e por último a divulgação dos resultados (Ruivo et al.,2010).

3.1 FUNDAMENTAÇÃO

O fio condutor de investigação deste documento é a segurança e qualidade de vida, e têm como referência a estratégia nacional para a qualidade na saúde 2015-2020. Após a leitura e análise da estratégia, o primeiro ponto faz referência à melhoria da qualidade clínica e organizacional, enquadrando-se na temática da atividade de intervenção major (DGS, 2015). A enfermeira chefe a enfermeira orientadora do estágio estavam em consenso que o tema do conforto era importante para o serviço de urgência, e por conseguinte se traduzia numa melhoria da qualidade dos cuidados.

A sustentação teórica é crucial para o progresso da enfermagem, torna-se pertinente alicerçar as intervenções dos profissionais de saúde numa base teórica que, para além do constructo científico, promovem a melhoria da qualidade dos cuidados (McEwen, 2016).

Nesta perspetiva, as teorias de conforto tem sido um vetor importante na filosofia dos cuidados de Enfermagem, sabendo que uma teoria de Conforto pode ser utilizada para explicar e antecipar fenómenos para a disciplina de Enfermagem, contribuindo também para uma adequada fundamentação, com base na avaliação dos resultados (Kolcaba, 2003).

Num estudo recente, levado a cabo por Ponte et. al (2019) foi utilizada a teoria do Conforto de Kolcaba para descrever a experiência de conforto dos doentes no serviço de emergência e implicações nos cuidados de enfermagem (Ponte et.al, 2019).

Também González et. al (2017), no seu estudo recorreu à teoria do Conforto para sustentar o seu estudo que associa os fatores sociodemográficos às dimensões do conforto (físico, social, psicoespiritual e ambiental) de doentes internados em unidades de cuidados intensivos.

Kolcaba (2003), refere que as estratégias que promovem o conforto podem ter um impacto positivo na PSC, assim como no tratamento, aumentando a capacidade de recuperação dos doentes.

Neste contexto, considera-se que o enfermeiro especialista consiga, antecipar e reconhecer quais os fatores que poderão ser promotores de desconforto para o doente crítico e agir no sentido de os eliminar, promovendo o conforto.

Embora existam várias teorias sobre o conforto, no entanto, optamos por ancorar o presente relatório na Teoria do Conforto de Kolcaba, pelo facto de ser a mais direccionada para definir as estratégias de intervenção de enfermagem na área do conforto.

3.1.1 O conforto em enfermagem

Na literatura podem-se encontrar vários significados para o conceito de conforto, contudo, maioritariamente surge associado a uma condição subjetiva de quem está cómodo, ou até mesmo estar satisfeito fisicamente e emocionalmente (Oliveira, 2013).

Os enfermeiros nos seus mais variados contextos clínicos utilizam a palavra conforto, e este conceito faz parte do seu vocabulário. É extremamente importante que o conforto dos doentes seja, um dos alvos primordiais na prestação de cuidados de enfermagem.

Como nos diz Apóstolo (2009, p.62) “(...) o Conforto é um conceito que tem sido identificado como um elemento dos cuidados de enfermagem; está vinculado com a sua origem (...). Assim, o enfermeiro é, neste sentido, aquele que promove o fortalecimento e o Conforto daquele que está enfermo”.

A primeira teórica que deu ênfase ao conceito do Conforto foi Florence Nightingale, em Notas Sobre a Enfermagem (2006), Nightingale faz diversas referências a este conceito e defende que a observação é uma ferramenta fundamental para promover o conforto do doente, e que os atos de enfermagem devem-se basear nos aspetos físicos, psicológicos e sociais de forma a promover esse mesmo conforto. Contudo, este conceito tem evoluído ao longo do tempo devido a condicionantes políticas, sociais, religiosas e científicas da humanidade (Apóstolo, 2009).

Watson, na sua Teoria Humana do Cuidar, define conforto como estado que condiciona o desenvolvimento dos doentes, sendo uma variável em que o enfermeiro pode intervir. A mesma autora identificou medidas de Conforto socioculturais relacionadas com os hábitos, valores e comportamentos do doente, identificando que a espiritualidade que cada pessoa atribui à vida pode ser extraordinariamente confortante para ela (Watson, 2002).

De acordo com Benner (2001), o conceito de conforto é um alvo suscetível da atuação de enfermagem. Peplau, Roy e Leininger também deram o seu contributo para o progresso deste conceito. Para Peplau, o conforto centralizava-se na satisfação das necessidades básicas dos doentes, dando ênfase aos autocuidados. Autoras como Roy e Roberts as suas teorias sustentavam-se na ajuda que o doente tem por parte dos enfermeiros a aptar-se aos quatro tipos de necessidades: fisiológicas, autoconceito, função de papéis e interdependência (Apóstolo, 2009).

Leininger, na teoria dos Cuidados Transculturais, foi em busca da descoberta de quais fatores que podem afetar a saúde, o bem-estar, a doença, concluindo que o conforto é um desses fatores. A teórica defende ainda que qualquer intervenção assente no cuidar deve abordar o conforto do doente de forma holística e de acordo com o seu contexto sociocultural (Apóstolo, 2009).

Colliere define cuidados de conforto como “os cuidados que encorajam, que permitem adquirir segurança, que favorecem a renovação e a integração da experiência, para que haja aquisição” (Collière, 2003, p182). Esta aquisição defende uma precoce identificação do que deve ser confortado, e consequentemente, proporcionar um ambiente seguro (físico, emocional, social e espiritual).

Resumidamente, o conceito do Conforto tem sido frequentemente associado a uma experiência subjetiva, e bastante valorizado pelo doente (Oliveira, 2013). Confortar, entende-se como uma competência de enfermagem (Benner); um fator de cuidado (Watson); uma das terapêuticas de enfermagem (Meleis). Acrescenta-se ainda que este conceito resulta através cuidado confortador, realizado num contexto onde ocorre interação enfermeiro-doente (Vidal, 2015).

Já Kolcaba (2003), autora da Teoria do Conforto, refere que o cuidado através do conforto como um processo simples e intuitivo, na qual iremos abordar seguidamente.

3.1.2 Modelo de Referência -Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba

A teoria do conforto de Katharine Kolcaba é considerada uma teoria de enfermagem de médio alcance, que se caracteriza por ter um menor nível de abstração, e um foco mais limitado do que a teoria, dirigindo-se a conceitos específicos e refletindo a prática clínica.

Podemos acrescentar que esta teoria de médio alcance se caracteriza por ser forte, e nitidamente estruturada, possibilitando uma aplicabilidade a diversos contextos do ensino, na prática clínica, e na investigação (Dowd, 2004), ter conceitos com um nível abstração reduzido, permite que esta teoria se possa adequar contexto de saúde, nos vários grupos etários, e nos mais variados contextos clínicos (Kolcaba, 2003).

Kolcaba (2003), define conforto “a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto” (Kolcaba, 2003, p.14). A mesma autora acrescenta ainda que conforto “é a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental)” (Kolcaba, 2003, p.14). Na evolução da sua teoria a Kolcaba, menciona ainda que conforto “é muito mais do que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos” (Kolcaba, 2009, p.254).

Atualmente o conceito de conforto, é considerado um conceito holístico e multidimensional, consagrando uma visão mais abrangente que o conceito inicial com que começou a ser mencionada no percurso da disciplina de enfermagem (Apóstolo, 2009).

O estado de conforto, pode ser visto de duas perspetivas diferentes, a que é vivenciada pelo doente ao ser entendido como um estado relativo de bem-estar, mas também como um elemento alvo de intervenções específicas do enfermeiro. Neste contexto, é fundamental termos consciência que o estado de desconforto ou a perceção de conforto pelo doente, devem ser imperiosos no processo de cuidar (Apóstolo, 2009).

Segundo a teoria do conforto da Kolcaba (2003) existem quatro contextos diferentes em que a experiência do conforto se pode desenvolver: físico (respeitante às sensações corporais), psicoespiritual (ou seja, à consciência de si próprio), sociocultural (no que diz respeito aos relacionamentos interpessoais) e por último o contexto ambiental (que inclui aspetos como a luminosidade, o ruído e a temperatura).

No que concerne ao aspeto físico inserem-se as satisfações das necessidades humanas básicas, onde se inclui o contacto físico. A dor surge como o fator mais relevante para a obtenção de conforto físico (Ponte & da Silva, 2015).

Relativamente ao contexto psicoespiritual, verifica-se que este está relacionado com a comunicação entre os profissionais de saúde e o doente, a partir da mesma desenvolve-se apoios espirituais, aumentando a autoestima. No que diz respeito ao contexto ambiental a sua atenção esta dirigida para as condições externas nomeadamente: a cor, iluminação, sons e ruídos, cheiros, temperatura, vistas da janela, elementos naturais e artificiais (Ponte & da Silva, 2015).

Por sua vez o contexto sociocultural, baseia-se em ações dirigidas para os familiares, dando ênfase à relação doente e família. No aspeto cultural existem referências de atividades lúdicas como uma forma de promover o conforto. É uma situação a ter em conta, uma vez que proporciona sentimentos de alegria ou distração (Ponte & da Silva, 2015).

Para além dos quatro contextos mencionados anteriormente, existem ainda outros fatores que também podem influenciar o conforto. Estes fatores são referidas por Kolcaba como sendo forças interativas que afetam a perceção do conforto na sua totalidade, nomeadamente: a idade, as emoções, o suporte familiar, aspetos financeiros.

Katharine Kolcaba na teoria do conforto, define três estados de conforto, o alívio, a tranquilidade e transcendência. O alívio é a condição no qual foi satisfeita uma determinada necessidade, que irá contribuir para que o doente consiga restabelecer o seu estado de saúde. O estado de tranquilidade, encontra-se relacionado com a serenidade que o doente precisa para que tenha um desempenho proactivo na sua recuperação. Por último, o estado de transcendência, onde o doente julga ter reunido as condições necessárias para solucionar os seus problemas (Kolcaba, 2003).

Assim, os enfermeiros desempenham um papel determinante na busca de uma perceção adequada das necessidades totais de conforto do doente e das respetivas intervenções que visam satisfazer as necessidades específicas de cada um (Kolcaba, 2003).

Kolcaba (2003) refere que as intervenções realizadas pelos enfermeiros são o pilar nas ações de confortar e que o conforto é resultante dessas mesmas intervenções. O cuidado de conforto compreende a ação que conforta, sempre no horizonte de melhorar o conforto do doente, traduzindo-se como o processo e o resultado correspondente. O conforto pode ser entendido como uma sensação de alívio, ou ainda, como experiencia promotora de paz, tranquilidade, serenidade, face à existência de uma perturbação que pode ser classificada como desconfortadora (Sousa, 2014).

3.1.3 O conforto no serviço de urgência

Os serviços de urgência, definem-se como sendo serviços "multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergências médicas" (Despacho 11/2002, p.1865). A PSC ao apresentar risco iminente de vida, necessita de um atendimento rápido e eficaz (OE, 2010b).

Por ser considerada uma área de grande complexidade nos hospitais, o serviço de urgência desmarca-se dos outros por exigir intervenções imediatas, e eficientes no que respeita a assistência dos doentes. Os cuidados de urgência e emergência devem ser realizados de forma flexível e de maneira organizada, a fim de garantir a entrega de qualidade dos cuidados e assistência.

Contudo, o que se verifica neste tipo de serviços é uma elevada sobrecarga de trabalho, uma alta rotatividade de utentes, um longo tempo de espera, e uma grande pressão para o atendimento imediato (Jarvis, 2016).

O conforto dos doentes nos serviços de urgência constitui um enorme desafio para os enfermeiros devido ao aglomerado de doentes, e também pelas condições físicas dos serviços que se encontram muito degradados. A diversidade de cuidados prestados e os ambientes stressantes podem, portanto, resultar numa diminuição na qualidade dos cuidados, e, consequentemente aumentando as taxas de morbimortalidade. (Santos et.al, 2013).

Um doente ao ingressar num SU, na maior parte das vezes vive situações promotoras de *stress*, uma vez que manifesta uma determinada sintomatologia que não é possível tratar no domicílio, necessitando de cuidados especializados. Esta situação é entendida não só como uma ameaça para a sua saúde, mas também como uma situação de incerteza, um instante de dor e desconforto relacionado ao facto de estar longe da família, de perder a privacidade, podendo ficar dependente de terceiros e consequentemente, com um enorme desconforto associado (Batista, et. al 2017).

Independentemente do motivo que se recorre a um SU, é sempre um momento de grande fragilidade e vulnerabilidade para o doente e para a sua família. A integração no circuito hospitalar dá início a um processo de socialização no qual o indivíduo tem de assumir o papel de doente e corresponder, também, às expectativas dos profissionais de saúde, ou seja, ser calmo, colaborante e seguir as instruções que lhe são fornecidas (Sá et.al, 2015)

O doente em situação crítica, necessita permanentemente de cuidados de enfermagem, por se encontrarem na maior parte das vezes em risco de vida risco (OE, 2018), por conseguinte as quatro dimensões do conforto podem ficar comprometidas. O doente nestas condições pode

apresentar uma vasta sintomatologia como dispneia, dor (contexto físico), o facto de se encontrarem num ambiente diferente (contexto ambiental) também pode condicionar o conforto, com a sua independência emocional afetada (Contexto psicoespiritual), e sem a presença habitual dos seus familiares mais próximos (contexto sociocultural)

Nem estudo realizado por Ponte et. al (2019), que aborda o conforto no SU, refere que o contexto físico, a dor foi a principal motivo de desconforto abordado. Relativamente ao contexto ambiental, os doentes sentem-se desconfortáveis ao ver outros em condições mais severas. Ainda de acordo com o mesmo estudo, as macas também provocam desconforto porque são estreitas e mal acolchoadas, um tecido que facilita a higiene mas provoca um efeito indesejado na pele. Os participantes do estudo referem ainda a falta de atenção dos profissionais de saúde no esclarecimento de dúvidas.

Nas pesquisas efetuadas nas bases de dados deparamo-nos com uma escassez de resultados de estudos que investiguem o conforto nos serviços de urgência, contudo, para uma melhor fundamentação deste subcapítulo vamos explanar outros resultados encontrados sobre o conforto do doente crítico.

González et. al (2017), num estudo levado a cabo numa UCI, refere que os doentes internados com maior nível socioeconómico têm uma menor probabilidade de sentir desconforto durante o internamento. Outro aspeto relevante diz respeito a dimensão social, uma vez que doentes com um nível de educação maior tiveram uma menor probabilidade de se sentirem desconfortáveis.

Mauri, et.al (2018), no seu artigo menciona que a seleção do equipamento a utilizar pelos doentes é da responsabilidade dos enfermeiros, neste estudo verificou-se que o uso da cânula nasal de alto fluxo proporciona um maior conforto dos doentes com insuficiência respiratória hipoxémica aguda, e que um fluxo mais elevado não diminui o conforto do doente.

Schallom et. al (2015), no seu estudo constatou-se que o uso de uma máscara facial ventilação não invasiva que atribui a pressão a uma área de superfície maior significativamente provoca menos úlceras por pressão e foi mais confortável para os doentes, comparativamente á máscara nasal-oral.

A música é um tipo de terapia que contribui para o conforto dos doentes em UCI, diminuindo a dor, e ansiedade. No estudo realizado, verificou-se que a música aumentou o nível geral de conforto e pO₂. Os parâmetros vitais, e os níveis de ansiedade diminuíram consideravelmente com a musicoterapia (Cukurova, 2015).

Um estudo realizado num serviço de cardiologia de intervenção, verificou-se que os doentes submetidos a angiografia coronária a partir de acessos radiais, apresentam melhores resultados em termos de características da dor e desconforto, comparativamente a angiografia coronária a partir de acessos femorais (Rutka, J. et al., 2016).

Em ambientes hospitalares, especialmente em situações críticas, os enfermeiros são reconhecidos por proporcionar segurança aos doentes, escutar atentamente é essencial para identificar as necessidades do mesmo e também reduzir a ansiedade (Almeida et al., 2015).

Atualmente os enfermeiros tem ao seu dispor vários recursos para aliviar o desconforto dos doentes, no entanto requer uma abordagem sistémica do problema, a realização do processo de enfermagem com as medidas que possam ser seleccionadas para promover o conforto do doente pode ser determinante para recuperar rapidamente o seu estado de saúde (Silva, 2013).

Diversos autores que estudaram o conforto (Kolcaba, Watson, Benner, entre outros), destacam que as estratégias promotoras de conforto podem ter um impacto positivo na vivência da situação crítica, assim como no tratamento, aumentando a capacidade recuperação dos doentes.

Como foi visto no capítulo anterior o conforto pode ser classificado de acordo com a Teoria do Conforto de Kolcaba. Considerando a importância do conforto para a prática do cuidar, a discussão sobre o tema implica melhorar a prestação de cuidados ao doente crítico no SU.

3.2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Esta é a primeira etapa da metodologia de projeto, caracteriza-se essencialmente pela recolha de informações, identificação de problemas, discriminando os fatores condicionantes e estipula-se os recursos necessário para a concretização dos mesmos (Ruivo et al., 2010).

Para conseguirmos alcançar o diagnóstico da situação foi indispensável efetivar um levantamento das necessidades. Ruivo et al., (2010), menciona que nas necessidades circundam conceções de causalidade e de progressão prognósticas. Podem classificar-se como reais quando identificadas pelos profissionais e ainda em expressas e não - expressas.

O levantamento das necessidades foi realizada através de uma entrevista exploratória, não estruturada com a Enfermeira Chefe do Serviço de Urgência e a Enfermeira orientadora do estágio, onde surgiu o problema do conforto, tendo em conta as necessidades de Conforto nas pessoas em situação crítica no serviço de urgência, e a inexistência de um instrumento que avalie o nível de Conforto destes doentes, pareceu-nos importante efetuá-lo de modo melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

A entrevista é um instrumento a considerar nos estudos exploratório-descritivos, o facto de ser não estruturada, permite que a formulação das questões fica da responsabilidade do entrevistador (Coutinho, 2015). Ruivo et al., (2010), acrescenta ainda que é um método bastante utilizado para recolher informações, opiniões e até mesmo necessidades.

Foi realizada uma análise SWOT ao conteúdo da entrevista realizada à enfermeira chefe, enfermeira orientadora e do contexto. É um instrumento de diagnóstico sintetizador, que permite efetuar uma análise dos pontos fortes e fracos de determinada situação (Nogueira, 2015). Para Ruivo et al., (2010), é uma técnica bastante usual na investigação, não só para elaborar diagnósticos, mas também para fazer análise organizacional.

Tabela nº 4 Análise SWOT

<p>Pontos fortes</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Necessidade de serviço identificada pela Enfermeira Chefe e Enfermeira orientadora ➤ Ganhos para a saúde associados à qualidade dos cuidados ➤ Pertinência do tema 	<p>Pontos fracos</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Possível resistência à mudança por parte dos enfermeiros
<p>Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Instituição em programas de qualidade ➤ Ausência de um instrumento capaz de mensurar o nível de conforto do doente crítico no serviço de urgência ➤ Aquisição de novos conhecimentos 	<p>Ameaças</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dificuldade em motivar a equipa no projeto ➤ Desvalorização do projeto por parte da ULSNA.

Tendo em conta este instrumento, verificamos que este projeto apresentava um maior número de pontos fortes e oportunidades do que pontos fracos e ameaças, sendo essencial para a etapa do planeamento da metodologia de projeto.

A construção e posteriormente aplicação da escala irá permitir determinar o nível de conforto do doente crítico no SU, permitindo aos enfermeiros dirigirem as suas intervenções com vista a otimização do conforto do doente.

Os enfermeiros que exercem funções no SU lidam diariamente com sofrimento dos doentes quer a nível físico quer a nível psicológico. Neste contexto, urge a necessidade que o conforto da pessoa doente seja, um dos principais alvos de atenção da prestação de cuidados (Sousa, 2014)

O conforto e cuidados de enfermagem têm sido estudados pela Dra. Kolcaba há já vários anos, o que me inspirou na escolha da temática e desenvolvê-la no contexto do serviço de urgência. Pretende-se ainda desenvolver a Enfermagem centralizada na perspetiva do doente e na satisfação das suas necessidades, mesmo em contexto de urgência (Kolcaba, 2003).

Assente no aporte teórico que sustenta o presente relatório, afirmamos que esta temática deve ser alvo de especial atenção na prestação de cuidados de enfermagem, é ainda objetivo deste estudo aumentar e sustentar cientificamente o conforto do doente crítico no SU, disponibilizando um instrumento capaz de mensurar o nível de conforto.

3.3 DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Os objetivos têm como propósito traçar uma linha orientadora para alcançar um determinado resultado, podendo incluir diversos níveis, que vão do geral ao específico. Para construir objetivos deve-se atender a vários princípios: como a clareza; a ambiguidade; serem mensuráveis e devem surgir do conhecimento da realidade (Ruivo et al., 2010).

Emerge como **objetivo geral** da atividade major:

- Desenvolver competências especializadas na promoção do conforto do doente crítico no Serviço de Urgência.

Os **objetivos específicos** são “... indicadores de conhecimentos e aptidões que os formandos devem adquirir ao longo do seu processo formativo. Sendo o resultado da subdivisão de um objetivo geral mais vasto, em aprendizagens mais elementares” (Ruivo et al., 2010, p. 18). Neste contexto foram traçados os objetivos específicos da atividade major:

- Construir um instrumento de avaliação do conforto do doente crítico no serviço de urgência, sustentado na teoria de conforto de Kolcaba.
- Informar a equipa de enfermagem sobre o instrumento de avaliação do conforto.
- Realizar estudo piloto no serviço de urgência do HSLE, recorrendo ao instrumento de avaliação do conforto.

3.4. PLANEAMENTO

Esta é a terceira etapa da metodologia de projeto que assenta essencialmente no levantamento dos recursos existentes, na previsão de alguns obstáculos e em formas de os contornar. Nesta etapa definem-se atividades, métodos e técnicas de pesquisa, que devem responder aos objetivos previamente estabelecidos (Ruivo et al., 2010). Ao elaborarmos um trabalho de cariz académico numa instituição devemos reunir todas as autorizações necessárias de forma a cumprir todos os procedimentos éticos e legais (Nunes, 2013).

Neste sentido, foi solicitado o parecer da comissão de ética e respetiva autorização para a elaboração do estudo ao conselho de administração da ULSNA. A comissão de ética da entidade referida emite o parecer favorável e o estudo foi autorizado pelo Presidente do Conselho de Administração (Anexo II).

Foi também pedido o parecer ético ao conselho técnico-científico da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, o estudo foi autorizado encontrando-se em anexo (Anexo III) respetivo comprovativo de autorização.

O questionário aplicado foi adaptado do *General Comfort Questionnaire* de 48 itens de Kolcaba (1997), neste capítulo foi contatada a autora no sentido de a poder alterar, reduzir o número de itens e aplicar, a autora autorizou. (Anexo IV)

Foi ainda necessário obter o consentimento livre e esclarecido dos participantes, é essencial para dar resposta às questões éticas na conduta de investigação (Fortin, 2009). Foi construído o documento com base no exemplo da DGS (Anexo V). Foi fornecido aos participantes, tendo sido explicada a finalidade do estudo, os objetivos propostos a investigar e todas as questões relacionadas com o anonimato e preservação de dados.

Para a DGS (2015) o consentimento informado é “um processo comunicacional, contínuo e participado, através da interação estabelecida entre o profissional de saúde e a pessoa, prolongando-se num tempo útil” (DGS, 2015, p.6)

Ética em investigação está relacionada com a qualidade dos procedimentos desde a fase inicial ao término da pesquisa, desde a identificação do problema à validação dos dados, contribuindo para proliferação do conhecimento (Nunes, 2013).

Nos estudos de investigação na disciplina de Enfermagem, os enfermeiros zelam pelos direitos dos participantes. Esta deve ter em conta os seis princípios éticos em todas as fases. São eles o princípio da beneficência: “fazer o bem” ao participante; avaliação da maleficência: avaliando sistematicamente os riscos possíveis de forma a “não causar dano”; a fidelidade:

“estabelecer confiança” entre os envolvidos no estudo; a justiça: procedendo com equidade; a veracidade: dizendo a verdade; a confidencialidade: o princípio de “salvaguardar” a informação pessoal (Nunes, 2013).

Reunidos todos os procedimentos prévios, elaborou-se um cronograma que determina as datas das atividades projetadas durante a atividade de intervenção major, disponibilizado pormenorizadamente em Apêndice (Apêndice II).

A tabela número 5, mostra de forma sucinta as principais atividades a realizar durante a de intervenção major:

Tabela nº 5 – Principais atividades da intervenção major

Atividades	Data
Elaboração dos instrumentos de recolha de dados	De 1 a 15 de Novembro
Aplicação dos instrumentos de recolha de dados	De 15 a 30 de Novembro
Análise dos dados obtidos	De 1 a 20 de Dezembro
Realização de formação em serviço	Entre 1 a 10 de Janeiro
Aplicação pela equipa das medidas apresentadas	De 10 a 20 de Janeiro
Avaliação dos resultados	De 20 a 31 de Janeiro

Um dos obstáculos que encontramos neste percurso foi a pouca brevidade com que a instituição ULSNA deferiu o pedido de autorização, impossibilitando uma solicitação de disponibilidades e calendarização de atividades atempadas. A existência de diversos obstáculos relacionados com a autorização por parte da Comissão de ética da ULSNA, só foi possível aplicar a escala desenvolvida a partir de 28 de Novembro de 2019.

Apuraram-se os recursos existentes a nível humano, o contacto com a equipa e profissionais significativos como a Enfermeira Chefe do SU e a Enfermeira orientadora do estágio a nível de recursos materiais existentes consideramos adequados para a atividade de intervenção major.

3.4.1 População alvo

Delineou-se que para que fosse possível a consagração dos objetivos propostos teria de se intervir junto da população alvo que seria todos os doentes que recorrem ao SU do HSLE, contudo foi necessário definir critérios de inclusão:

- Pessoas com mais de 18 anos de idade.

- Pessoas que se apresentem orientados no tempo, espaço e pessoa.
- Tempo mínimo de no serviço de urgência 4 horas.
- Pessoas que aceitem participar no estudo e tenham assinado o consentimento livre e esclarecido.

Para garantir a cognição adequada da população decidimos aplicar previamente o *Mini Mental State Examination* (MMSE), (Anexo VI) um teste muito breve, que foi criado nos EUA por Folstein em 1975 sendo o teste mais utilizado, sobretudo para triagem de defeito cognitivo, em estudos epidemiológicos. Faz uma análise da orientação do espaço e do tempo, memória de curto prazo, evocação, cálculo, praxia e habilidades de linguagem (Folstein, 1998). Traduzida para português em 1994 por Guerreiro et.al., (1994).

Na seleção da amostra foram tidos em conta os critérios de inclusão referidos, tendo em consideração que a escala construída tem 32 itens, foi estabelecido como amostra mínima para o presente estudo 160 participantes ($n=5 \times 32$, portanto $n=160$) (Pestana e Gageiro, 2014).

3.5 EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO

Esta é a penúltima etapa da metodologia de projeto, é a mais trabalhosa mas ao mesmo tempo a mais gratificante. É nesta fase que se coloca em prática todo o que foi previamente planeado, realizam-se as atividades para solucionar o problema identificado, de forma a atingir os objetivos traçados (Ruivo e Ferrito, 2010).

Reunidos todos os procedimentos éticos e respetivas autorizações, iniciou-se a construção da escala do Conforto. Nas diversas pesquisas bibliográficas, como já foi referido anteriormente os resultados encontrados sobre o conforto em contexto de urgência foram escassos, o que me motivou ainda mais a desenvolver o presente trabalho.

O questionário foi estruturado em duas partes distintas: na parte I consta a caracterização da amostra, e na parte II é constituída pela escala adaptada do *General Comfort Questionnaire* de 32 itens, denominada em Português Escala Geral de Conforto de 32 itens (EGC), (Apêndice III).

Relativamente à parte I, os dados da amostra foram colhidos através dos seguintes elementos:

- ✓ **Género:** Operacionalizada através de uma pergunta fechada com duas opções (Masculino; Feminino).
- ✓ **Idade:** Operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta.

- ✓ **Nível de escolaridade:** Operacionalizada através de uma pergunta fechada com 5 alternativas possíveis (Ensino Primário; Ensino Básico; Ensino Secundário; Licenciatura; Mestrado).
- ✓ **Primeira vez que recorre ao serviço de urgência:** Operacionalizada através de uma pergunta fechada com 2 alternativas possíveis (Sim; Não).
- ✓ **Triagem de Manchester:** Operacionalizada através de uma pergunta fechada com 3 alternativas (Laranja; Amarelo; Verde).

No que diz respeito à parte II, emerge com o propósito de obter um instrumento para avaliar o conforto do doente crítico no SU para ser utilizado no diagnóstico das necessidades de conforto e no planeamento das intervenções. A escala de conforto para o doente crítico no SU, foi construída com base no *General Comfort Questionnaire* de 48 itens de Kolcaba. A seleção dos itens, foi realizado tendo em conta a estrutura taxonómica da escala original, com a aprovação final da autora, que se encontram na seguinte tabela:

Tabela nº 6 – Estrutura taxonómica da Escala Geral de Conforto de 32 itens (EGC)

Contextos em que o conforto ocorre	Tipos de conforto		
	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físico	8; 12; 17; 32	13; 20	3; 21
Psico-espiritual	15; 28	4; 16; 26	10; 29; 31
Ambiental	1; 6; 19; 24	23; 30	11; 14; 22; 25
Social	5; 7; 18	2; 27	9

Com base na tabela anterior podemos verificar que a escala construída consiste em 32 itens, medidos através de uma escala de Likert de 4 pontos variando de 1 (discordo totalmente) a 4 (concordo totalmente).

A pontuação final foi calculada pela soma das pontuações dos itens com chave positiva e pontuação inversa os itens com chave negativa. Quanto maior for a pontuação obtida usando a escala, mais elevados são os níveis de conforto.

Tendo em conta que a autora nos forneceu *General Comfort Questionnaire* versão Inglesa, foi necessário proceder à adaptação do questionário para a língua Portuguesa.

Para alcançar o processo de adaptação transcultural, utilizou-se o modelo proposto por Guillemin, composto por 5 etapas, o procedimento usa usando técnicas de tradução e retro tradução de pesquisa intercultural (Guillemin et al., 1993).

Ferrandiz & Martín-Baena (2015), no seu artigo científico onde traduz e valida o *General Comfort Questionnaire* de 48 itens desenvolvido por Kolcaba, para a língua espanhola e utilizou o modelo de Guillemin, pela sua clareza e consistência das etapas metodológicas.

Primeiro, a escala original em Inglês foi traduzida para Português de forma independente por dois enfermeiros. Ambos os tradutores tiveram em consideração a equivalência das expressões para cada um dos itens.

Segundo, a versão conseguida na etapa anterior foi retraduzida por dois tradutores bilingues, que neste caso ficou a cargo de duas professoras de nacionalidade portuguesa que lecionam a disciplina de Inglês.

Terceiro, as traduções e retrotraduções foram revistas pelos investigadores de forma a determinar a equivalências dos itens com a versão original.

Quarto, a retrotradução foi enviada para a Dr^a Katharine Kolcaba com o objetivo de verificar se os itens apresentavam o mesmo sentido e refletiam o constructo do documento inicial.

Quinto, a versão Portuguesa finalizada e aprovada foi testada em 15 doentes no SU do HSLE, de forma a garantir a compreensão da versão final da Escala Geral de Conforto de 32 itens (EGC).

Em sequência, estruturou-se um plano formativo dirigidos aos enfermeiros do SU, com o propósito de uniformizar procedimentos e padronizar a avaliação do conforto no doente crítico no serviço de urgência. O plano seria fornecer conhecimentos teóricos sobre o conforto, bem como dar a conhecer a escala adaptada de Escala Geral de Conforto de 32 itens (EGC) aos enfermeiros com o objetivo de determinar o nível de conforto dos doentes.

De acordo com Ferreira (2015), a formação em serviço pode ser entendida como uma série de atividades desenvolvidas numa intuição, que tem como objetivo mudar comportamentos, aumentar os conhecimentos e capacidades dos profissionais.

Devido às características da equipa de enfermagem, nomeadamente ao facto de ser formada por 24 enfermeiros e pela maior parte desta se encontrar em horário de *roulement*, foi colocada na sala de enfermagem um documento com duas datas possíveis para realização das sessões, de acordo com as disponibilidades dos mesmos.

As sessões formativas decorreram nos dias 10, 17 de janeiro de 2019, pelas 14 horas (Apêndice IV), com um espaçamento de cerca uma semana entre elas, de modo a que fosse possível apurar junto dos pares se a formação ministrada nos moldes inicialmente previstos está a atingir os objetivos delineados e ser realizada ao maior número de enfermeiros do SU do HSLE.

Para cada sessão formativa, foi realizado um plano da sessão (Apêndice V), semelhante para todas as sessões, alterando-se apenas a data de realização, no decorrer da formação o plano constou de:

Tabela 7 – Sumário da formação

Duração aproximada	Sumário
10 Minutos	Apresentação e introdução
15 Minutos	Contextualização teórica
5 Minutos	Como foi construída a escala
10 Minutos	Demonstração da aplicabilidade da escala.
10 Minutos	Apresentação dos dados e discussão
5 Minutos	Conclusão e esclarecimento de dúvidas
5 Minutos	Questionário de avaliação da sessão e do formador
Total 60 Minutos	

Na primeira e na segunda sessão, estiveram presentes 8 enfermeiros, perfazendo um total de 16 enfermeiros que receberam formação. Como foi referido anteriormente sendo a equipa de enfermagem do SU composta por 24 elementos, podemos afirmar que 66,6% da equipa recebeu formação.

Como meio de avaliação final de cada sessão de formação, bem como da avaliação do formador que ministrará a mesma, será aplicado um questionário de avaliação existente no Núcleo de Formação e Investigação do HSLE (Anexo VII)

Kolcaba (2003) advoga que os doentes melhoram os seus níveis de conforto após as intervenções de enfermagem planeadas assentes em princípios científicos, as medidas não-farmacológicas que podem ser um fator importante no conforto da pessoa.

Com base no supramencionado, apesar de não estar referido nos objetivos consideramos importante elaborar uma instrução de trabalho, que visa uniformizar procedimentos de medidas

não-farmacológicas no SU, com o objetivo de melhorar o conforto do doente crítico. (Apêndice VI)

No que tange à avaliação final da atividade de intervenção major, parece-nos adequado ser realizada após todas as intervenções mencionadas anteriormente.

Neste contexto, foi elaborada uma grelha de observação (Apêndice VII) construída com base na Escala Geral de Conforto de 32 itens (EGC). Realizou-se uma observação direta na prestação de cuidados de enfermagem, sendo uma observação estruturada, tendo como base a referida grelha. As observações referidas têm como objetivo confirmar se a abordagem ao conforto do doente crítico se rege pelos itens do instrumento (Escala Geral de Conforto de 32 itens (EGC)), e pelo aporte teórico facultado nas sessões formativas.

A observação consiste em observar e descrever acontecimentos e comportamentos de uma dada situação com a finalidade de extrair resultados que permitam traçar um tipo de comportamento ou fenómeno. O investigador na sua observação pode recorrer a grelhas de avaliação, esta técnica denomina-se observação estruturada (Coutinho, 2015).

Assim, procedemos à observação dos cuidados de enfermagem no SU, nas datas compreendidas entre 20 a 31 de Janeiro de 2020, numa amostra de dez enfermeiros.

Deixamos ainda a sugestão que após terem decorridos 6 meses, deverá realizar-se nova análise de forma a poder aferir que impacto teve a intervenção major na equipa de enfermagem e nos cuidados que prestam aos doentes no SU.

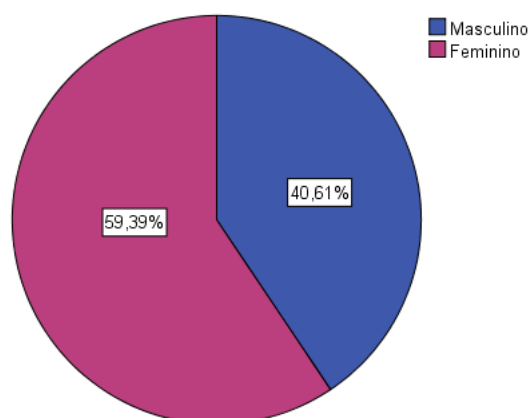
3.5.1 Apresentação e análise dos resultados

Após termos terminado a etapa da recolha de dados, vamos prosseguir para a fase seguinte de tratamento e análises dos dados.

Após a reunião dos questionários devidamente preenchidos, procedemos a sua codificação, para serem inseridos e tratados estatisticamente, no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 22, para Windows.

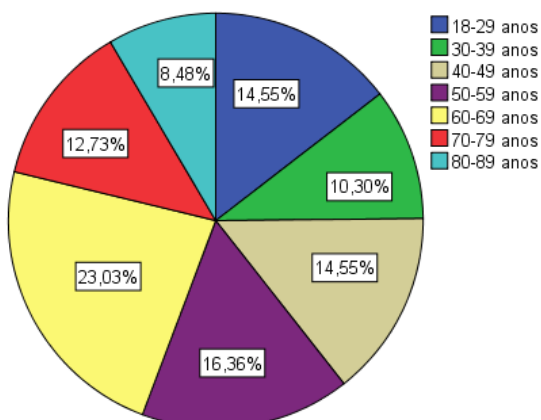
A amostra válida deste estudo foi constituída por 165 participantes, através da caracterização socio demográfica, verificou-se que a população do sexo feminino tem maior frequência relativamente ao sexo apostado, como se pode constatar no gráfico seguinte

Gráfico n.º 1 - Distribuição da amostra por sexo



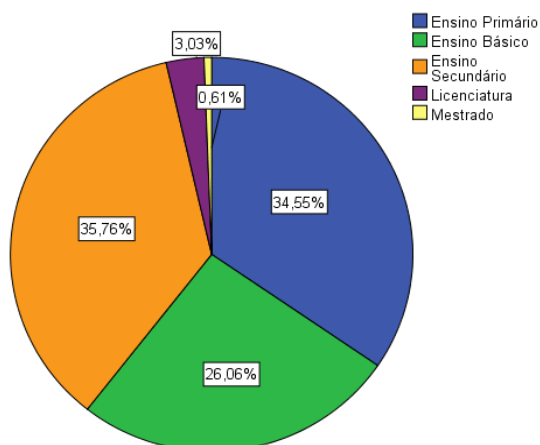
Existe uma heterogeneidade dos grupos etários dos doentes que se deslocam ao serviço de urgência, salientando-se ligeiramente o grupo dos 60-69 anos e o grupo dos 50-59 anos, como se pode observar no gráfico n.º 2.

Gráfico n.º 2 - Distribuição da amostra por grupo etário



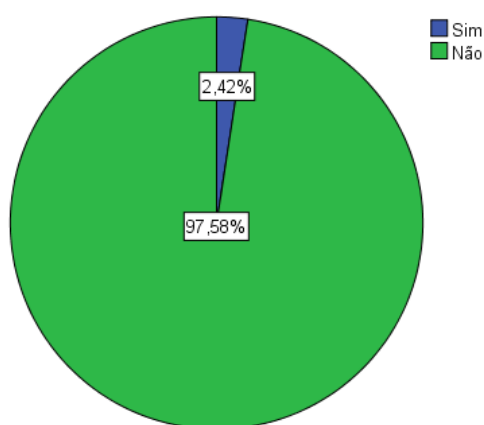
No gráfico n.º 3 observamos que o nível de escolaridade da população alvo representa a maior parte da amostra, esta situa-se quer no ensino primário quer no ensino secundário, apresentando valores percentuais muito aproximados.

Gráfico n.º 3 – Distribuição da amostra por nível de escolaridade



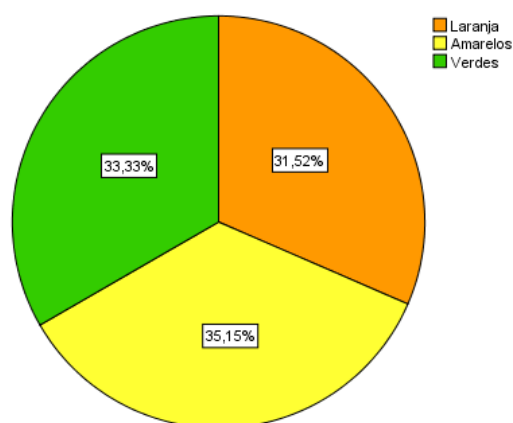
Relativamente ao gráfico número 4 pode verificar-se que a esmagadora maioria da população já recorreu ao serviço de urgência por diversas vezes apresentando um valor 97,58%.

Gráfico n.º 4 – Distribuição da amostra da primeira vez que recorre ao SU



Relativamente à triagem de Manchester verifica-se que existe uma homogeneidade dos grupos de doentes que pertencem aos verdes, amarelos e laranjas. Apresentando valores percentuais muito similares como se pode observar no gráfico nº 5.

Gráfico n.º 5 – Triagem de Manchester



Conforme foi mencionado nos objetivos do trabalho, pretendemos desenvolver um estudo piloto, que consiste em comparar o índice de conforto entre o doente crítico (amarelos e laranjas) e doentes não urgentes (verdes).

Na tabela nº 8 são expostos os dados dos questionários respondidos, podendo observar-se as percentagens de respostas “discordo totalmente”, “discordo”, “concordo” e “concordo totalmente”.

Tabela nº 8 - Percentagem de respostas obtidas da aplicação do Escala Geral de Conforto de 32 itens (EGC) versus sistema de triagem

Questões	Triagem Manchester	% de respostas discordo totalmente	% de respostas discordo	% de respostas concordo	% de respostas concordo totalmente
1. Eu tenho privacidade suficiente.	Verde	1,8%	2,4%	24,8%	4,2%
	Amarelo	6,0%	16,3%	10,9%	1,8%
	Laranja	8,4%	18,1%	1,8%	3,0%
2. Existem pessoas neste lugar em quem eu posso confiar quando precisar de ajuda.	Verde	-	-	18,7%	14,5%
	Amarelo	0,6%	1,2%	23,0%	10,3%
	Laranja	-	-	19,3%	12,1%
3. O meu estado de saúde deixa-me triste.	Verde	8,4%	15,7%	7,2%	1,8%
	Amarelo	1,2%	5,4%	24,8%	3,6%
	Laranja	1,2%	0,6%	13,3%	16,3%
4. Sinto-me confiante.	Verde	-	1,2%	17,5%	14,5%
	Amarelo	-	7,8%	20,6%	6,6%
	Laranja	1,8%	13,3%	12,1%	4,2%
5. Eu sinto-me dependente dos outros.	Verde	19,3%	12,1%	1,8%	-
	Amarelo	10,3%	18,7%	5,4%	0,6%

	Laranja	4,2%	8,4%	13,9%	4,8%
6. O barulho não me deixa descansar.	Verde	1,8%	23,6%	5,4%	2,4%
	Amarelo	1,8%	9,7%	17,5%	6%
	Laranja	-	1,8%	15,7%	13,9%
7. Ninguém me entende	Verde	15,7%	15,1%	1,2%	1,2%
	Amarelo	4,2%	23,0%	7,8%	-
	Laranja	3,6%	16,3%	10,9%	0,6%
8. A minha dor é difícil de ser suportada	Verde	1,8%	16,9%	13,3%	1,2%
	Amarelo	1,2%	4,8%	15,1%	13,9%
	Laranja	-	0,6%	5,4%	25,4%
9. Eu fico triste quando estou sozinho(a)	Verde	4,8%	16,9%	10,3%	1,2%
	Amarelo	1,2%	16,9%	14,5%	2,4%
	Laranja	1,2%	5,4%	17,5%	7,2%
10. A minha fé ajuda-me a não ter medo	Verde	1,2%	7,2%	20%	4,8%
	Amarelo	1,8%	4,8%	21,2%	7,2%
	Laranja	0,1%	5,4%	20%	5,4%
11. Eu não gosto deste lugar	Verde	1,8%	1,2%	26,6%	3,6%
	Amarelo	1,2%	1,8%	26,6%	5,4%
	Laranja	1,2%	1,8%	20,6%	7,8%
12. Estou obstipado neste momento	Verde	15,7%	12,7%	4,2%	0,6%
	Amarelo	12,7%	15,7%	5,4%	1,2%
	Laranja	10,3%	13,3%	6,6%	1,2%
13. Eu não me sinto saudável neste momento	Verde	1,8%	13,9%	16,3%	1,2%
	Amarelo	1,8%	4,8%	21,8%	6,6%
	Laranja	1,2%	-	7,8%	22,4%
14. Este ambiente faz-me sentir medo	Verde	2,4%	11,5%	18,1%	1,2%
	Amarelo	1,8%	14,5%	15,8%	3%
	Laranja	1,2%	3%	16,3%	10,9%
15. Eu tenho medo do que está para acontecer	Verde	6%	23,6%	3,6%	-
	Amarelo	2,6%	13,3%	16,3%	3%
	Laranja	1,8%	2,4%	13,9%	13,3%
16. Eu tenho passado por mudanças que me fazem sentir desconfortável	Verde	1,2%	6,6%	24,2%	1,2%
	Amarelo	1,2%	3,6%	24,8%	5,4%
	Laranja	0,6%	2,4%	21,2%	7,2%
17. Eu estou com fome	Verde	6%	15,7%	10,3%	1,2%
	Amarelo	2,4%	15,1%	13,9%	6,6%
	Laranja	2,4%	11,5%	16,3%	1,2%
18. Eu gostava de ver o meu médico com mais frequência	Verde	1,2%	6,6%	20%	5,4%
	Amarelo	0,6%	8,4%	18,1%	7,8%
	Laranja	0,6%	1,8%	22,4%	6,6%
19. A temperatura neste lugar está agradável	Verde	0,6%	7,2%	23,6%	1,8%
	Amarelo	0,6%	13,9%	19,3%	1,2%
	Laranja	0,6%	21,8%	6,6%	2,4%
20. Eu estou muito cansado(a)	Verde	3,64%	16,3%	10,9%	2,4%
	Amarelo	0%	10,3%	16,9%	7,8%
	Laranja	1,82%	1,8%	15,1%	12,7%
21. Eu posso superar a minha dor	Verde	0%	5,5%	23%	4,8%
	Amarelo	0,6%	13,3%	18,1%	3%

	Laranja	0%	18,1%	10,9%	2,4%
22. O humor daqui faz-me sentir melhor	Verde	0,61%	6,6%	21,8%	4,2%
	Amarelo	1,21%	10,9%	21,2%	1,8%
	Laranja	0%	16,9%	12,1%	2,4%
23. Esta cadeira/cama magoa-me	Verde	0,6%	21,2%	9%	2,4%
	Amarelo	1,8%	10,9%	9%	13,1%
	Laranja	0,6%	1,8%	7,27%	21,8%
24. Os meus pertences não estão aqui	Verde	13,1%	13,3%	4,2%	2,4%
	Amarelo	9,7%	16,3%	7,2%	1,8%
	Laranja	3,6%	13,9%	10,3%	3,6%
25. Eu sinto-me deslocado(a) neste lugar	Verde	2,4%	12,7%	13,9%	4,2%
	Amarelo	1,2%	13,3%	18,7%	1,8%
	Laranja	0,6%	2,4%	21,8%	6,6%
26. As minhas crenças dão-me paz de espírito.	Verde	1,2%	8,48%	21,2%	2,4%
	Amarelo	1,8%	4,8%	23%	5,4%
	Laranja	0,6%	4,8%	20%	6%
27. Eu preciso ser melhor informado(a) sobre o meu estado de saúde.	Verde	0,6%	4,8%	20%	7,8%
	Amarelo	0,6%	9,7%	13,3%	11,5%
	Laranja	-	3%	19,3%	9%
28. Eu sinto-me fora de controlo.	Verde	16,3%	13,3%	3%	0,6%
	Amarelo	12,1%	17,5%	4,8%	0,6%
	Laranja	7,2%	14,5%	9,7%	-
29. Eu sinto-me desconfortável porque não estou vestido(a).	Verde	14,5%	15,1%	2,4%	1,2%
	Amarelo	13,9%	15,7%	4,8%	0,6%
	Laranja	5,4%	14,5%	10,3%	1,2%
30. Este ambiente tem um cheiro terrível.	Verde	2,4%	17,5%	11,5%	1,8%
	Amarelo	3%	13,9%	12,7%	5,4%
	Laranja	1,8%	3%	15,1%	11,5%
31. Eu estou deprimido(a).	Verde	12,7%	12,7%	7,2%	0,6%
	Amarelo	3,6%	17,5%	12,1%	1,8%
	Laranja	3,6%	6%	20%	1,2%
32. Eu preciso sentir-me bem novamente.	Verde	-	-	9,7%	23,6%
	Amarelo	0,6%	0,61%	10,3%	23,6%
	Laranja	-	-	3,6%	27,8%

Após a exposição dos dados na tabela nº 8 seguidamente serão analisados os resultados, isolando cada uma das questões:

Questão nº 1 eu tenho privacidade suficiente, através da tabela nº 8 podemos verificar que na cor verde a resposta **concordo** com 24,8% apresenta o valor mais elevado, em contrapartida a cor amarela destaca-se a resposta **discordo** com 16,3% valor que aumenta ainda na cor laranja para 18,8%.

Num estudo realizado por Morganheira et al., (2017), conclui que o espaço físico foi identificado inúmeras vezes como uma situação que dificulta o processo de preservação da

privacidade. Os doentes mencionam que nos espaços divididos por cortinas vêm a sua privacidade ser ameaçada.

Questão nº 2, existem pessoas neste lugar em quem eu posso confiar quando precisar, de ajuda podemos constatar através da tabela nº 8 que nas 3 cores da traigem de machester (Verde, Amarelo e Laranja), a resposta **concordo** é a que existem em maior percentagem, seguida da resposta **concordo totalmente**.

Questão nº 3, o meu estado de saúde deixa-me triste podemos verificar que existe uma enorme disparidade nas respostas, a resposta com maior percentagem na cor verde foi a **discordo** com 15,7%, a cor amarela apresenta 24,8% que diz respeito à resposta **concordo** e por último a cor laranja destacou-se a resposta **concordo totalmente** com 16,3%.

Questão nº 4, sinto-me confiante constatamos que a cor verde e a cor amarela a resposta **concorda** com 17,58% e 20,61% respetivamente tiveram as maior percentagens, no entanto na cor laranja a resposta que obteve maior percentagem foi a **discordo** com 13,3%.

Questão nº 5, eu sinto-me dependente dos outros, podemos verificar na tabela nº 8 que, a cor verde a resposta com maior percentagem é a **discordo totalmente** com 19,3%, a cor amarela a resposta **discordo** surge em destaque com 19,7%, e a cor laranja a resposta que apresenta maior percentagem é **concordo** com 13,9%.

Questão nº 6, barulho não me deixa descansar, podemos constatar que existem perspetivas diferentes nesta questão, enquanto que na cor verde a resposta com maior percentagem é **discordo** com 23,6%, na cor amarela e laranja a resposta com maior relevância é **concordo** com 17,5% e 15,7% respetivamente.

Questão nº 7, ninguém me entende, verifica-se que na cor verde que as respostas **discordo totalmente** e **discordo**, têm valores muito semelhantes 15,7% e 15,1% respetivamente. No que diz respeito a cor amarela e laranja a respostas com maior percentagem é **discordo** com 23,3% na cor amarela e 16,3% na cor laranja.

Questão nº 8, a minha dor é difícil de ser suportada, podemos aferir através da tabela nº 8, que existe uma enorme variedade nas respostas das três cores em estudo, a cor verde a resposta mais usual é **discordo** com 16,9%, a cor amarela a resposta com maior percentagem é **concordo** com 15,1% e a cor laranja com 25,4% da resposta **concordo totalmente**.

A dor surge como um dos principais motivos pela qual os doentes recorrer ao SU, é também dos sintomas mais valorizados pelos profissionais de saúde (Dale & Bjørnsen, 2015)

Questão nº 9, eu fico mais triste quando estou sozinho(a), constata-se que na cor verde e na cor amarela a resposta com maior percentagem é **discordo** ambos com 16,9%, contudo na cor laranja a resposta mais votada foi **concordo** com 17,5%.

Questão nº 10, a minha fé ajuda-me a não ter medo, comprova-se nesta questão que existe uma unanimidade na resposta com maior votação, todas as cores **concordam** com a questão referida, e apresentam valores percentuais muito idênticos.

A religiosidade e a espiritualidade são fatores importantes na prestação de cuidados, uma vez que estes podem vir a proporcionar uma condição de bem-estar (Rocha et al. 2016).

Questão nº 11, eu não gosto deste lugar, a resposta mais que reúne mais consenso é a **concordo**, sendo que as três cores apresentam scores muito semelhantes.

Questão nº 12, estou obstipado neste momento, podemos verificar que as respostas com maior percentagem nas três cores são **discordo totalmente** e **discordo**. Na cor verde a resposta **discordo totalmente** atinge os 15,7%, enquanto que na cor amarela e laranja a resposta mais votada é a **discordo** com 15,7% e 13,3% respetivamente.

Questão nº 13, eu não me sinto saudável neste momento, enquanto que na cor verde e amarela a resposta **concordo** apresenta o maior valor percentual com 16,3% e 21,8% na cor amarela, já na cor laranja a resposta que obteve maior percentagem foi **concordo totalmente** com 22,4%.

Questão nº14, este ambiente faz-me sentir medo, podemos constatar que em todas as cores a resposta com maior percentagem foi **concordo**, apresentado percentagens muito idênticas.

Questão nº 15, eu tenho medo do que está para acontecer, a resposta vencedora na cor verde foi **discordo** com 23,6%, no entanto na cor amarela e laranja a resposta com maior percentagem foi **concordo** com 16,3% e 13,9% respetivamente.

Questão nº 16, eu tenho passado por mudanças que me fazem sentir desconfortável, existe uma concordância na resposta com maior votação, todas as cores **concordam** com a questão referida, e apresentam valores percentuais muito semelhantes.

Questão nº17, eu estou com fome, podemos aferir que na cor verde e na cor amarela a resposta com maior percentagem é **discordo** com 15,7% e 15,1%, no entanto, na cor laranja a resposta mais votada foi **concordo** com 16,3%.

Apesar de ser um aspeto em que muitos dos profissionais desvalorizam, importa referir que as necessidades nutricionais do doente crítico pode variar a qualquer instante, logo devemos estar despidos para esta questão da fome dos doentes (Muller et al., 2011)

Questão nº 18, eu gostava de ver o meu médico com mais frequência, a resposta com maior percentagem em todas as cores foi **concordo**, atingindo valores elevados em todas as categorias.

Questão nº 19, a temperatura neste lugar está agradável, podemos verificar que na cor verde e na cor amarela a resposta com maior percentagem é **concordo** com 23,6% e 19,3% respetivamente, no entanto, na cor laranja a resposta mais votada foi **discordo** com 21,8%.

Questão nº 20, eu estou muito cansado(a), a resposta com maior percentagem na cor verde foi **discordo** com 16,3%, a cor amarela e na cor laranja a resposta com maior percentagem foi **concordo** com 16,9% e 15,1% respetivamente.

Questão nº 21, eu posso superar a minha dor, nesta questão pode aferir-se que quer a cor verde quer a cor amarela a resposta com maior votação foi **concordo**, com 23% e 18,1%, no entanto na cor laranja a resposta com maior percentagem foi **discordo** com 18,8%.

Questão nº 22, o humor daqui faz-me sentir melhor, na cor verde e amarela a resposta que se destacou foi **concordo**, com 21,8% e 21,2% respetivamente, no entanto na cor laranja a resposta com mais votação foi **discordo** com 16,9%.

Questão nº 23, esta cadeira/cama magoa-me, a resposta com maior percentagem na cor verde foi **discordo** com 21,2%, a cor amarela e na cor laranja a resposta com maior percentagem foi **concordo totalmente** com 13,3% e 21,8% respetivamente.

Questão nº 24, os meus pertences não estão aqui, nas três cores que são referidas a resposta **discordo** e aquela que surge com maior percentagem, 13,3% na cor verde, 16,3% na cor amarela e 13,9% na cor laranja.

Questão nº 25, eu sinto-me deslocado(a) neste lugar, existe uma unanimidade na resposta com maior percentagem, todas as cores **concordam** com a questão referida, com 13,9% na cor verde, 18,7% na cor amarela e 21,8% na cor laranja.

Questão nº 26, as minhas crenças dão-me paz de espírito, a esmagadora maioria respondeu **concordo** nas três cores, existindo elevadas percentagens 21,2% cor verde, 23% cor amarela e 20% na cor laranja.

Questão nº 27, eu preciso ser melhor informado(a) sobre o meu estado de saúde, a resposta com maior percentagem em todas as cores foi **concordo**, com 20% na cor verde, 13,33% na cor amarela e 19,39% na cor laranja.

Questão nº 28, eu sinto-me fora de controlo, pode verificar-se através da tabela que a cor verde a resposta com maior percentagem foi **discordo totalmente** com 16,3%, no entanto a cor amarela e laranja a resposta com maior votação foi **discordo** com 17,5% e 14,5% respetivamente.

Questão nº 29, eu sinto-me desconfortável porque não estou vestido, a resposta com maior percentagem nas três cores foi **discordo** com 15,15% na cor verde, 15,75% na cor amarela e 14,55% na cor laranja.

Questão nº 30, este ambiente tem um cheiro terrível, nesta questão verifica-se que quer na cor verde quer na cor amarela a resposta com maior percentagem foi **discordo** com 17,5% e 13,9% respetivamente, contudo a resposta com maior votação na cor laranja foi **concordo** com 15,1%

Questão nº 31, eu estou deprimido(a), na cor verde existe um empate nas respostas obtidas as mais votadas foram **discordo totalmente** e **discordo** ambas com 12,7%, na cor amarela a resposta com maior percentagem foi **discordo** com 17,5%, por outro lado a resposta **concordo** foi a que teve maior votação na cor laranja.

Questão nº 32, eu preciso sentir-me bem novamente, a esmagadora maioria respondeu **concordo totalmente** nas três cores, existindo elevadas percentagens 23,6% cor verde, 23,6% cor amarela e 27,8% na cor laranja.

De acordo com a estrutura taxonómica, na tabela seguinte encontra-se explanado a percentagem média de respostas “concordo” e “concordo totalmente”.

Tabela nº 9 – Percentagem média de respostas “concordo” e “concordo totalmente” da aplicação do Escala Geral de Conforto de 32 itens (EGC)

Contextos em que o conforto ocorre	% Média da soma das respostas “concordo” e “concordo totalmente”
Físico	61%
Psico-espiritual	56%
Ambiental	59,8%
Social	60%

Relativamente aos dados apresentados na tabela nº 9, podemos verificar que existem valores idênticos no que diz respeito aos contextos em que decorre o conforto.

No que concerne, aos dados psicométricos da Escala Geral de Conforto de 32 itens (EGC), pretende-se que esta seja submetida aos procedimentos psicométricos idênticos da versão original

(Bradley, 1994), designadamente testes estatísticos do α de Cronbach e o coeficiente de correlação de Pearson, para avaliar a sua fidelidade, a consistência interna e a análise fatorial, para alcançar a validade de constructo. No entanto, devido a questões de morosidade de todo este procedimento, a escala adapta do Escala Geral de Conforto de 32 itens (EGC) será validada posteriormente e os dados divulgados sobre a forma de artigo.

Posteriormente às sessões de formação ministradas aos enfermeiros do SU foram realizadas dez observações, com o intuito de avaliar o impacto da intervenção major. Os resultados podem-se verificar na tabela seguinte:

Tabela nº 10 - Percentagem de respostas SIM, da grelha de observação sobre os intervenções realizadas pelos enfermeiros para promover o conforto.

Questões a observar	% de respostas Sim	% de respostas Não
Garante privacidade ao doente.	100%	0%
Disponibiliza-se para ajudar, quando o doente precisa.	100%	0%
Transmite confiança ao doente.	70%	30%
Preocupa-se com o ruído do serviço.	80%	20%
Avalia e regista a dor.	100%	0%
Promove estratégias não-farmacológicas para aliviar a dor.	100%	0%
Respeita a religião do doente.	100%	0%
Otimiza a temperatura do serviço.	100%	0%
Procura saber se existe familiar presente	80%	20%
Pergunta ao doente se está com fome.	40%	60%
Informa onde se localiza o gabinete médico.	100%	0%
Utiliza o humor como atitude terapêutica.	60%	40%
Otimiza os cheiros no serviço.	70%	30%
Pergunta ao doente se está confortável onde está sentado/deitado.	100%	0%
Preocupa-se com a dimensão psicológica do doente.	80%	20%
Garante que o doente se sinta confortável com o que tem vestido.	70%	30%
Informa o doente sobre a sua situação de saúde.	100%	0%

Fonte: sustentado na grelha de observação construída com base no Escala Geral de Conforto de 32 itens (EGC), desenvolvida inicialmente por Kolcaba

De acordo com os resultados obtidos e indo ao encontro da Teoria de Conforto de Kolcaba (2003), que suporta o presente relatório, podemos realçar que os enfermeiros, ao serem grupo profissional mais diretamente envolvidos na prestação cuidados, são a classe profissional mais vocacionada para proporcionar um maior conforto aos doentes.

3.6 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

A última fase da metodologia de projeto consiste na divulgação de resultados, ou seja, confere a abertura ao mundo de todo o conhecimento produzido. É também uma forma de sensibilizar e envolver os profissionais relativamente ao problema existente, e o método usado na resolução do mesmo (Ruivo et al., 2010).

Assim, de acordo com o projeto realizado a divulgação dos resultados foi efetuada aquando da formação em serviço ministrada “ O Conforto do Doente Crítico no Serviço de Urgência”, e também no decorrer das passagens de turno de forma individualizada, posteriormente, foi enviado um e-mail a todos os enfermeiros do referido serviço. A discussão pública do presente relatório também promoverá a sua divulgação.

4. REFLEXÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS

Neste capítulo, iremos efetuar uma análise e reflexão do caminho realizado para a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista, de competências do enfermeiro especialista EMC – PSC e ainda as competências de mestre em EMC.

Para Phaneuf (2005, p. 177), competência é: “ (...) um conjunto integrado de conhecimentos adquiridos experienciais e de evolução pessoal, próprio de um aspeto específico dos cuidados de enfermagem que, quando é mobilizado em situação concreta da vida real permite à enfermagem fazer apelo às habilidades cognitivas, psicomotoras, organizacionais e técnicas e manifestar comportamentos sócio afetivos adequados”.

Desta forma, as aquisições de competências caracterizam-se por ser um processo sistemático e constante, de uma reflexão afincada que permite interiorizar saberes adquiridos resultantes da prática clínica (Benner, 2001). As competências podem definir-se em termos de saber agir e reagir, ser competente é então “saber o que fazer” e “quando fazer” (Le Boterf, 2015).

No decorrer do estágio final foram desenvolvidas diversas atividades, existiu a oportunidade adquirir determinados conhecimentos, que quando aliados a prestação de cuidados de enfermagem, permitiram percorrer um caminho pautados pelo desenvolvimento de competências.

4. 1 - COMPETÊNCIAS DE MESTRE E COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com a A3SES, ficou definido que o Mestre em Enfermagem deve conseguir demonstrar as seguintes competências:

“1- Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;

2- Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;

3- Tem capacidade para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;

4- Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;

5- Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;

6- Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;

7- Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.”

(A3ES, 2014, p. 26).

O enfermeiro especialista “ é um enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (OE, no regulamento n.º140/2019, p. 4745).

Nas competências comuns do enfermeiro especialista existem quatro domínios: A - competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; B - competências do domínio da melhoria contínua da qualidade; C - competências do domínio da gestão dos cuidados; e por fim, D - competências do domínio das aprendizagens profissionais.

De acordo com as competências mencionadas, decidi elaborar a reflexão crítica da sua aquisição simultaneamente, visto que existe um paralelismo de atividades entre elas.

“ Competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, A1 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção e A2 - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento n.º140/2019, p. 4745).

“ Competência de mestre nº 3 - Tem capacidade para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais e a competência de mestre nº 7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (A3ES, 2014, p. 26).

As competências referidas remete-nos que todo o enfermeiro especialista e mestre tem o dever de demonstrar “um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica” (OE, no regulamento n.º140/2019, p. 4745).

Neste sentido, é imperativo recorrer a documentos que sustentam o nosso exercício profissional, como o artigo 8º do REPE onde descreve que os enfermeiros devem apresentar uma conduta ética e responsável respeitando os direitos e deveres dos doentes (Decreto-Lei n.º 161/96). De acordo com o código deontológico dos enfermeiros, o qual sublinha no artigo 78º que são valores fundamentais numa relação profissional. O mesmo documento, mas descrevendo o artigo 79º, este deve cumprir as normas deontológicas, adotar uma conduta responsável nas suas decisões (Decreto-Lei nº 104/98).

Face á importância dos documentos que regem a profissão de enfermagem nomeadamente o REPE e o código deontológico dos enfermeiros, consideramos pertinente reler os mesmos, visto que o seu conteúdo já tinha sido analisado na unidade curricular de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem.

O enfermeiro ao longo do seu caminho profissional vai conseguindo adquirir determinadas habilidades permitindo tomar decisões de forma assertiva, sempre assentes no conhecimento. Quaisquer estratégias implementadas para resolver qualquer problema devem ter em consideração as características de cada doente. Emerge a necessidade de uma de atualização e aperfeiçoamento de conhecimentos com a finalidade de fundamentar individualmente e em equipa todo o processo da tomada de decisão, nunca esquecendo que esta deve reger-se sempre pelo respeito aos princípios éticos.

Existe uma necessidade constante de atualização e aperfeiçoamento de conhecimentos relativamente recentes com o objetivo de fundamentar individualmente e em equipa todo o processo da tomada de decisão, nunca esquecendo que esta deve reger-se sempre pelo respeito aos princípios éticos.

No que remete aos contextos de estágio que frequentamos, fomos confrontados com dilemas perante os quais é exigida a tomada de uma decisão que se rege pela ética profissional, não podendo nunca ser formalizada uma decisão influenciada por motivos pessoais. Durante este período em contexto clínico, foi discutido com a enfermeira orientadora vários aspetos e diligências antes da tomada de decisão e pautei a minha conduta profissional sempre de acordo com os princípios éticos.

Uma das questões que emergiu ao longo do estágio foram as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), quer na perspetiva dos profissionais quer na perspetiva dos utentes. Para melhor divulgar esta temática em conjunto com outros alunos da especialidade médico-cirúrgica foram elaborados pósteres (Apêndice VIII) e cartazes (Apêndice IX), e afixados posteriormente na sala de enfermagem e na sala de espera dos utentes respetivamente.

Segundo o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV) (2014, p.4) define DAV “como um documento, feito por iniciativa do cidadão, onde este pode inscrever os cuidados de saúde que pretende ou os que não pretende receber e permite também a nomeação de um procurador de cuidados de saúde. O documento pode ser alterado ou revogado pelo utente a qualquer momento”

Questões relacionadas com a privacidade dos doentes também foram levantadas e discutidas com a enfermeira orientadora. A privacidade é reconhecida como um direito humano que deve ser preservado em todas as dimensões.

A Declaração Universal dos Direitos do Homem estabelece no artigo 12º que “ninguém sofrerá intromissões arbitrárias na sua vida privada, na sua família, no seu domicílio ou na sua correspondência”. O direito à privacidade em Portugal, encontra-se consagrado na Constituição da República Portuguesa desde 1976, especificamente no capítulo intitulado “Direitos, Liberdades e Garantias” o artigo 33º determina o direito à reserva da intimidade da vida privada e família.

Assim durante o estágio no SU, constatei existir uma preocupação constante em assegurar a privacidade das pessoas em situação crítica, bem como a sua proteção de dados, matéria que vai tendo cada vez mais relevo na nossa sociedade. Nas UCI a realidade é um pouco diferente, uma vez que cada unidade em que se encontra o doente é delimitado por cortinas que apenas são abertas para e pelos profissionais, sendo estas corridas e assim protegido o doente, nos momentos de higiene e conforto ou de simples posicionamento.

Contudo sabemos que em quer seja em situações emergentes quer seja situações em que a tomada de decisão tem de ocorrer de forma rápida, existe uma menor preocupação com este tipo de cuidados acabando por não se colocar em primeiro plano o respeito pela privacidade do doente.

No que diz respeito à responsabilidade profissional, procuro sempre atuar de forma responsável na minha área de competência, reconhecendo as características e especificidades das outras profissões da área da saúde e apresentando soluções na promoção da saúde, na prevenção da doença, no tratamento e recuperação dentro de uma equipa multidisciplinar, em prol da

qualidade dos serviços, conforme consagrado no Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2015).

Diariamente na prática clínica procuro adotar uma postura de forma responsável na prestação de cuidados, procuro também manter os meus conhecimentos atualizados, principalmente, através de ações de formação qualificada.

Após análise reflexiva, considero ter adquirido e desenvolvido competência no domínio ético e legal e a competência n.º 3 e n.º 7 de mestre em enfermagem.

“ Competências no domínio da melhoria da qualidade B1 - Desenvolve um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica e B2 - Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

“ Competência de mestre n.º 5 - Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais e a competência de mestre n.º 7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (A3ES, 2014, p. 26).

Compete ao enfermeiro especialista ser um agente que dinamiza e planeia estratégias institucionais na área da governação clínica. É o profissional habilitado e cooperante na conceção e execução de projetos na área da qualidade.

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados é uma área de particular interesse por parte da Ordem dos Enfermeiros, revelada através da publicação dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem em 2001 (Ordem dos Enfermeiros, 2001), e também com a publicação do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

A participação em projetos institucionais no campo da qualidade é fundamental, nesta situação de cariz académico foi realizada através da implementação de um projeto individual, integrar projetos de colegas da especialidade e ainda participar em projetos existentes nos serviços.

No decorrer dos campos de estágios procurei desenvolver capacidades teórico-práticas de acordo com as recomendações e evidência científica mais recentes. Em conjunto com a enfermeira

orientadora, foram identificados os projetos implementados na área da qualidade a nível da instituição, e clarificar as intervenções efetuadas nesta área. A temática escolhida para desenvolver a atividade de intervenção major, também seria inserido no âmbito da melhoria contínua.

A formação em serviço é um aspeto determinante para a aquisição desta competência, uma vez que para a realização da formação o enfermeiro especialista, identifica, seleciona e planeia intervenções para garantir a melhoria contínua.

A formação em serviço pode ser entendida como uma atualização de conhecimento, envolvendo os profissionais de saúde. Esta engloba as três áreas do saber: o saber-saber, o saber-fazer e o saber-estar, o desenvolvimento de todos estes saberes contribuem para um melhor desempenho dos profissionais de saúde (Rego, 2015).

Durante o estágio no SU, realizei duas ações de formação em serviço, a primeira “O uso de luvas pelos Enfermeiros no Serviço de Urgência” (Apêndice X) e a segunda “O conforto do doente Crítico no serviço de Urgência” (Apêndice XI).

Outra das estratégias utilizadas que contribui para uma melhoria dos cuidados passa pela formação contínua. No decorrer do curso de Mestrado frequentei um curso teórico – prático de Suporte Avançado de Vida (Anexo VIII) ministrado pela empresa ALENTO, participei ainda num outro curso de formação profissional de International Trauma Life Support Advanced, da empresa FEMÉDICA (Anexo IX).

Por último, a organização e a implementação da atividade de intervenção major onde contempla a formação ministrada aos profissionais do SU do HSLE, contribui para o desenvolvimento destas competências, mobilizando conhecimentos em prol da melhoria e qualidade dos cuidados e da colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade.

Ao encontro do que foi descrito neste ponto se poderá afirmar que foram atingidas as competências no domínio da melhoria da qualidade e a competência n.º 5 e n.º 7 de mestre.

“B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

Compete ao enfermeiro especialista otimizar e preservar um ambiente terapêutico e seguro. O enfermeiro ao desenvolver estas competências vai-lhe permitir gerir um ambiente profissional centrado na pessoa. Esta relação permite estabelecer e otimizar o ambiente terapêutico que visa a prevenção de acidentes.

No decorrer dos estágios, existiu sempre a preocupação de prestar cuidados num ambiente seguro, não só para os enfermeiros mas também para os doentes/família. Diariamente na prática clínica, tendo em conta os doentes pelos quais era responsável, existiu sempre uma preocupação com a higienização das mãos bem com as IACS, intervenções que irão ser abordadas mais pormenorizadamente nas competências específicas do enfermeiro especialista.

As passagens de turno são momentos que garantem não só a continuidade dos cuidados mas também permite identificar alterações do estado de saúde dos doentes (Delrue, 2013). Estes momentos possibilitam um ambiente terapêutico e seguro. Nos locais onde realizei estágio, as passagens de turno realizavam-se a cada 8 horas de trabalho, a passagem para o turno da manhã era realizado com todos os membros da equipa, na mesma sala selecionada para o efeito.

Esta situação pode ser entendida como uma vantagem, uma vez que todos os enfermeiros presentes ficam com o conhecimento sobre todos os doentes e sobre a sua situação clínica, é um momento que permite ainda refletir sobre os cuidados prestados. Os restantes turnos, a passagem de turno era feita em salas distintas, conforme o posto de trabalho dos enfermeiros.

Durante o estágio no SU foi discutido não só com a enfermeira orientadora mas também com a enfermeira responsável pela gestão do risco, situações alvo que poderiam ser reportadas. O enfermeiro especialista, tem como missão identificar riscos, reportá-los para a unidade de gestão do risco e participar em ações de melhoria. As notificações podem ser realizadas, ou no sistema nacional de notificação de incidentes (NOTIFICA) ou no sistema local (SAGRIS).

De acordo com o mencionado, foram notificadas 2 situações de possível risco clínico no SU (Apêndice XII), após a validação com a enfermeira interlocutora do risco.

Relacionado com a questão da gestão do risco, emerge a identificação inequívoca de doentes. Foi no ano de 2004 a OMS apresentou algumas soluções relativamente à segurança e prevenção de eventos adversos graves, recomenda que sejam usados sistemas com códigos de barras ou utilização de pulseiras de identificação de doentes e, ainda, que seja providenciada informação e formação específica tanto aos profissionais de saúde, como ao cidadão em geral.

A DGS também anunciou várias diretrizes sobre este tema afirmando que “A identificação inequívoca do doente deve ocorrer, sempre, antes de qualquer intervenção, quer ela diga respeito ao diagnóstico, ao tratamento ou à prestação de serviços de apoio”. (DGS, 2015, p.6) A mesma entidade defende ainda que as instituições devem “auditar com regularidade as boas práticas e os protocolos internos que assegurem a identificação inequívoca do doente e a verificação entre a identificação do doente e o procedimento a realizar.” (DGS, 2015, p.7).

Neste seguimento foi verificado que a instituição ULSNA, elaborou no ano 2013 um procedimento de qualidade: identificação inequívoca de doentes. No decorrer do estágio no SU, incentivei os colegas a realizarem as notificações quer do risco clínico e que não clínico. Sempre que existia algum tipo de risco, ou quando eram relatadas verbalmente, foram incentivados a registar a notificação no SAGRIS.

A gestão do risco torna-se crucial no que concerne à qualidade dos cuidados prestados o enfermeiro especialista assume uma missão importante na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros. A gestão do risco pode efetivar-se em diversos níveis: ambiental, sistemas de trabalho e estratégias, e cria mecanismos de avaliação da efetividade dessas estratégias.

Atento o descritivo acima, considero também que foram atingidas as competências descritas em epígrafe.

“ Competências no domínio da gestão de cuidados: C1 - Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional e C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

“ Competência de mestre nº 1 - Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada e a competência de mestre n.º 7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (A3ES, 2014, p. 26).

O enfermeiro gestor na sua prática clínica pensa sempre de forma estratégica, faz um planeamento adequado às situações que lhe são colocadas, promove o trabalho em equipa de forma eficiente valorizando a produção de cuidados, os custos e os resultados obtidos (Guerra, 2017).

O enfermeiro especialista deve ter a capacidade de perceber a dinâmica da gestão de cuidados, garantindo eficazmente uma supervisão das tarefas delegadas. A aquisição de competências no estágio clínico permitiu desenvolver aptidões de supervisão de tarefas delegadas bem como identificar estratégias facilitadores desse processo. Prever e antecipar uma delegação

de uma tarefa possibilita de a ver ser desenvolvida atempadamente, permitindo ainda que a supervisão se efetue de forma clara. Como menciona a OE, o Enfermeiro “delega a tarefa certa, sob as circunstâncias certas, na pessoa certa, com a comunicação e orientação certa e sob supervisão adequada” (2015a, p. 225).

Ter a capacidade de liderar requer experiência, nos serviços onde realizei os estágios, verificamos que os enfermeiros chefes são pessoas sábias e com uma enorme experiência no campo da prestação de cuidados, pelo que possuem uma enorme capacidade de gestão e liderança.

Tendo em conta esta competência, quer na UCIC quer na UADCI apesar de não ficar nenhum dia com as enfermeiras chefes para perceber como funciona a gestão dos serviços, as enfermeiras orientadoras embora que de forma breve ajudara-nos a tentar perceber a dinâmica da gestão de cuidados nos serviços referidos. Para adequar os recursos humanos face as necessidades, existem diferentes tipos de horários e os enfermeiros seguem o horário proposto, agrupam-se entre eles e formam equipas de trabalho. Foi aferido que existia sempre enfermeiro responsável de turno, e uma prática baseada no método de trabalho responsável, ou seja, cada enfermeiro é responsável pela prestação de cuidados aos doentes são distribuídos previamente.

No SU existiu a possibilidade de estar com a enfermeira chefe durante 2 turnos, de forma a perceber como se processa toda a gestão e dinâmica do serviço. Na prática diária a atividade da enfermeira chefe assenta em vários domínios para garantir o Padrão de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, desde a gestão de cuidados, segurança de cuidados, recursos humanos, conflitos, desenvolvimento profissional, formação, materiais, risco clínico e não clínico, entre outros (Regulamento nº101/2015).

A delegação de funções na equipa, é realizada através da atribuição de responsabilidades nas várias áreas e através da delegação de funções no responsável de turno na sua ausência. Como foi mencionado anteriormente, a equipa de enfermagem é composta por seis enfermeiros especialistas em EMC-PSC, sendo que a enfermeira chefe procura sempre atribuir as funções de responsável de turno aos enfermeiros especialistas, situação que se traduz numa mais-valia na gestão das situações de trabalho.

Na ausência da enfermeira chefe, a enfermeira responsável que por norma é uma enfermeira especialista, assume a responsabilidade de gerir e apropriar os recursos humanos e materiais.

Relativamente à gestão de recursos humanos, essa responsabilidade passa pela distribuição quer de enfermeiros quer de assistentes operacionais, escalados para o turno, pelos respetivos

postos de trabalho. Por norma a distribuição é elaborada semanalmente, durante o período de estágio em conjunto com a enfermeira chefe, participei na distribuição da equipa, existindo ainda a oportunidade de realizar o horário dos enfermeiros do mês de Outubro de 2019.

Também participei na gestão de recursos materiais, foi possível em conjunto com a enfermeira chefe do SU realizar os pedidos de material de consumo clínico, que são feitos na segunda e quinta-feira para o serviço de aprovisionamento e logística. Nos mesmos dias são ainda efetuados pedidos de farmácia. Uma gestão adequada quer dos recursos humanos quer dos recursos materiais é fundamental para garantir a segurança dos doentes. Durante o estágio, repusemos material fazendo a gestão do mesmo, e ainda comunicamos as faltas, ou intercorrências. Quer no de balcão quer na sala de emergência, conferimos *stocks* e níveis estipulados em protocolos do serviço.

Gerir os equipamentos do serviço, é outra valência fulcral para a prestação de cuidados e na qual pude participar. Os ventiladores e os desfibrilhadores existentes no serviço têm que ser testados todos os dias, de forma a garantir o seu correto funcionamento. Caso seja detetado alguma avaria ou anormalidade é de imediato comunicado ao serviço de instalações e equipamentos que assume a responsabilidade de os reparar. Os pedidos são realizados através de sistema informático dos serviços de apoio, uma situação que tive oportunidade de executar.

Perante o exposto posso afirmar que ao refletir sobre as diversas funções de chefia e gestão, me proporcionou uma enorme aprendizagem, o que contribui para uma mudança de perspetivas relativamente a este papel.

Assim, após análise e desenvolvimento de todas as atividades, considero ter adquirido as competências no domínio da gestão dos cuidados e as competências de mestre nº 1 e nº 7.

“Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

“Competência de mestre n.º 4 - Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida e a competência de mestre n.º 7 - Evidência competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (A3ES, 2014, p. 26).

No decorrer do estágio final, foi-me possível desenvolver diversas competências no que respeita ao saber-estar, saber-ser e saber-fazer, todos eles essenciais nas intervenções dos enfermeiros no ato do cuidar.

Estar num serviço onde nunca tinha desempenhado funções, levou-me a presenciar várias situações para as quais nunca estaria em alerta. Para tornar-me assertivo nas intervenções realizadas, existiu a necessidade de aumentar e desenvolver o autoconhecimento nos cuidados prestados ao doente crítico. A existência de vários equipamentos específicos do referido serviço, eram novidade pelo que existiu necessidade de fazer um investimento pessoal de pesquisa por forma a conseguir manusear todos os equipamentos existentes e ainda uma interpretação correta dos valores. Contudo, ao longo das semanas, existiu uma evolução considerável relativamente à realização das técnicas, às relações com toda a equipa multidisciplinar, e também à relação com o doente e respetiva família.

A enfermeira orientadora teve um papel determinante uma vez que me proporcionou os momentos e adequou as situações para que existisse esta evolução, num serviço com características muito peculiares.

Por ser um SU geral, recorrem a este serviço utentes com as mais diversas patologias, pelo que existiu a necessidade de fazer um investimento pessoal na pesquisa de patologias e intervenções de enfermagem para poder prestar cuidados de excelência e ainda para conseguir enfrentar com as mais variadas situações, pois tinha a perfeita noção que não era detentor de conhecimentos suficientes para prestar cuidados ao doente crítico.

Este percurso assenta no artigo 109^a da excelência do exercício, no qual o enfermeiro tem o dever de “ Analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude” (Dec. Lei nº 156, 2015, p. 8080).

Com a aquisição de um autoconhecimento profundo consegue agir de forma mais eficaz em situações de constante pressão e *stress*. São situações que se verificam regularmente neste serviço, uma grande parte dos doentes chega descompensados, em risco de falência multiorgânica, o que requer uma resposta imediata e eficaz.

No decorrer do estágio procurei ainda estabelecer uma relação terapêutica com o doente, sustentada nos conceitos lecionados nas aulas de Relação de ajuda, que decorreram no segundo semestre do presente mestrado. Existiu uma preocupação constante em colocar-me no lugar do outro, promovendo sempre que possível uma escuta ativa.

Procurei ainda, aperfeiçoar e aptar-me as características do serviço, observando os enfermeiros especialistas na área da médico-cirúrgica, desde as técnicas utilizadas, a sua forma de ser e de estar, procurando melhorar a minha prestação de cuidados na abordagem ao doente crítico.

Todas estas situações foram essências para o desenvolvimento do conceito de assertividade, quer com os doentes e sua família mas também com profissionais da equipa multidisciplinar. A evolução desta competência foi também observada pela minha enfermeira orientadora.

Considero que me aptei perfeitamente ao SU e à equipa de enfermagem, sendo reconhecido pelo conhecimento científico, uma vez que procurava sempre justificar e fundamentar todas as minhas intervenções.

Assim, perante o exposto é possível dizer que também atingi as competências acima referidas.

“Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

“Competências de mestre n.º 2 - Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência a Competências de mestre n.º 6 - Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular e a competência de mestre n.º 7 - Evidência competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (A3ES, 2014, p. 26).

Segundo Conselho Internacional de Enfermeiros (2012, p. 10), a prática baseada na evidência consiste num “método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do utente no contexto do cuidar”.

Durante o estágio existiram vários momentos em que existiu a necessidade de consultar diversas fontes científicas para complementar a prática realizada no SU. Por se considerar um

serviço com características especiais, onde surge as mais diversas patologias, o conhecimento das mais diversas áreas devia ser consolidado.

A enfermeira orientadora apresentava-se como um elemento facilitador da aprendizagem, e motivacional para as mais variadas pesquisas, sejam normas vigentes no serviço, sejam as últimas *guidelines* sobre determinado assunto. Muitas das pesquisas efetuadas, foram utilizados os motores de busca Pubmed, EbscoHost e Medline.

À medida que o estágio avançava, senti que o conhecimento adquirido começava a fluir e dar frutos na minha prática enquanto futuro enfermeiros especialista, procurava sempre justificar e fundamentar todos os procedimentos e intervenções que decidia realizar, sustentando com evidência científica. Contudo, ao refletir sobre o assunto identifiquei que toda esta dinâmica foi adquirida não só das pesquisas efetuadas, mas também da prática adquirida no decorrer do Estágio.

Para consagrar esta competência, surge ainda a realização do artigo científico de carácter obrigatório que foi entregue no final do Estágio, que correspondia a 50% da nota final (Apêndice XIII). O artigo foi elaborado segundo as normas da Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento e a temática selecionada foi a mesma apresentada no projeto individual: O Conforto do Doente Crítico no Serviço de Urgência. A realização do mesmo careceu da consulta e pesquisa de muitos documentos que mais tarde foram extremamente úteis na construção do projeto individual.

Saliento ainda que o projeto individual efetuado com base na metodologia de projeto facilitou a aquisição destas competências por englobar experiências de investigação, e de práticas baseadas na evidência.

Após reflexão pessoal sobre as diversas atividades, julgamos ter desenvolvido as competências acima referidas.

4.2 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA E SITUAÇÃO CRÍTICA

Segundo o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em EMC – PSC (2018) “Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (OE, no regulamento n.º429/2018, p. 19362).

As competências Específicas do enfermeiro especialista em EMC – PSC são três: cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica, ou falência orgânica; dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação; e maximizar a intervenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de repostas em tempo útil e adequadas. (Regulamento n.º429/2018).

Competência específica 1 – “Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica, e/ou falência orgânica” (Regulamento n.º429/2018, p.19363).

“Competência de mestre n.º 1 - Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada e a competência de mestre n.º 7 - Evidência competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (A3ES, 2014, p. 26).

No que concerne, a esta competência específica posso afirmar que na prestação de cuidados todos os doentes com quem contactei necessitavam de cuidados especializados, quer por falência parcial ou completa de pelo menos um órgão. Estas vivências aconteceram em grande parte no SU mas também na UCIC de Évora.

O Enfermeiro Especialista em EMC na PSC, é detentor de conhecimentos e capacidades que permitem responder atempadamente a possíveis situações geradoras de instabilidade multiorgânica.

No decorrer do estágio, foram cuidados doentes com as mais diversas patologias, nomeadamente do foro cardíaco, respiratório, e cirúrgicos. Diagnósticos como pneumonias, associadas a insuficiências respiratórias grave, enfartes agudos do miocárdio, e acidentes vasculares cerebrais foram as mais comuns durante o período de Estágio. Existe uma enorme probabilidade de estes doentes sofrerem de instabilidade multiorgânica, sendo que o enfermeiro especialista deve estar atento a possíveis alterações hemodinâmicas. Acreditamos que a antecipação nesta área é um dos grandes aliados, ou seja, ter a capacidade de antecipar e prevenir diminui drasticamente complicações que possam surgir e ainda possibilita uma resposta mais eficaz.

Consideramos ainda pertinente a monitorização do doente crítico uma vez que permite um controlo rigoroso dos sinais vitais, possibilitando uma atuação atempada na prevenção de complicações. Uma interpretação correta da monitorização cardíaca é crucial.

As observações das práticas realizadas pela enfermeira orientadora tiveram um enorme contributo para o meu crescimento profissional. Muitas vezes após ter presenciado situações emergentes, era discutido com a enfermeira orientadora a forma de atuação da equipa identificando intervenções em que podemos melhorar (debriefing). Para Kessler & Mullan, (2015), o debriefing é uma ferramenta essencial de comunicação, visto que toda a equipa analisa e reflete sobre a experiência vivida, melhorando a performance de atuação da equipa numa situação de urgência/emergência.

Gerir e conhecer protocolos de enorme complexidade, fazem parte das aptidões do enfermeiro especialista em EMC – PSC, a dor surge como exemplo dessa necessidade. No decorrer do Estágio, utilizamos a escala visual para avaliar a dor nos doentes, obviamente conscientes e capazes de uma avaliação fidedigna. O controlo eficaz da dor depende fundamentalmente de fármacos e de medidas não farmacológicas (Regulamento n.º 429/2018).

Pelo seu grau de importância a DGS estabeleceu a dor como o 5º sinal vital, compete a todos os profissionais de saúde, avaliar, registar e controlar este sintoma frequentemente, de forma a melhorar a condição de saúde dos doentes (DGS, 2008).

Gerir a comunicação é outra unidade de competência do enfermeiro especialista em EMC – PSC. Uma situação de doença que afete um elemento da família, modifica de tal forma o funcionamento da família, podendo existir desequilíbrios geradores de *stress* e ansiedade. Contudo, a realização dos estágios permitiu-me desenvolver mecanismos de forma a reduzir ansiedade quer nas famílias quer nos doentes.

A comunicação pode classificar-se como verbal ou não verbal, sendo esta umas das competências mais importantes que o enfermeiro pode adotar em torno deste processo. Correia (2016), menciona que existem habilidades a ter conta na forma como se deve comunicar, o saber ouvir o outro é um elemento importante na arte de comunicar, adequar a comunicação às particularidades do doente/família também é um fator que não pode ser esquecido, deve-se ainda efetuar ensinamentos e registar a informação obtida.

O direito à informação assiste todos os doentes/família e o enfermeiro tem o dever de transmitir informações ao doente/ família relativamente aos cuidados de enfermagem. (Dec. Lei n.º 156, 2015)

O serviço de urgência pelas suas características *sui generis*, em algumas ocasiões apresenta-se como uma barreira a processo de comunicação entre o enfermeiro e o doente/família. Contudo, devido à presença constante dos enfermeiros junto dos doentes são considerados os profissionais de saúde mais capacitados para transmitir informações (Kaakinen, & Hanson, 2010).

Os cuidados de enfermagem prestados devem ser centrados na família e no doente, coincidem com a essência da nossa atuação, devem também serem integrados no planeamento das atividades, resultando uma diminuição da ansiedade e *stress* para ambos (Batista, et. al 2017).

Para Phaneuf (2005), é fundamental um apoio apropriado á família em situações de adversidade, de forma a conseguir compreender e ultrapassar o problema de saúde encontrado. O enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada para ajudar a família neste processo. Na relação de ajuda, a escuta ativa e o suporte emocional são armas importantes que o enfermeiro deve utilizar.

Importa ainda referir que a comunicação é a pedra basilar na relação de ajuda. Os níveis de confiança começam a fluir á medida que a relação entre o enfermeiro e doente vai crescendo. Esta relação que tem por base os princípios da relação de ajuda, e pode ter um impacto positivo na situação clínica do doente. Na relação de ajuda o enfermeiro otimiza determinadas condições para que o doente satisfaça as suas necessidades (Sampaio e Sequeira 2016).

A transmissão de más notícias também foi uma realidade no decorrer dos estágios, principalmente no SU, sendo uma área muito complexa e de difícil abordagem requer uma enorme perícia ao enfermeiro na capacidade de comunicar. Sequeira (2016), entende como má notícia qualquer informação obtida que envolve uma modificação drástica no recetor na mensagem. Perante o exposto, procuramos sempre adotar uma conduta assertiva na transmissão de más notícias, através da utilização do protocolo SPIKES.

No que diz respeito á medicação, como é do nosso conhecimento o enfermeiro é responsável pela terapêutica que administra, tornando-se necessário que tenha conhecimentos específicos nesta área. Quer no SU quer na UCIC e UADCI, existem diversos fármacos específicos, existindo uma preocupação constante de aprofundar conhecimentos no que respeita à classe, indicações, contraindicações e efeitos secundários dos fármacos. Os sedativos, opióides, aminas, simpaticomiméticos entre outros, foram a gama de fármacos que, devido à sua especificidade farmacológica, também existiu uma necessidade de atualizar conhecimentos.

Para a consagração desta competência foi também efetivado um estágio de dois dias na SIV de Elvas, onde foi possível conhecer o trabalho executado pelas equipas de emergência pré-

hospitalar, e consultar os protocolos existentes no serviço de emergência. Constatou-se que nas equipas SIV o enfermeiro é o líder da equipa e o principal responsável da prestação de cuidados num ambiente pré-hospitalar recorrendo sempre às evidências e protocolos mais recentes, o Técnico de Emergência é o elemento que tem a responsabilidade de conduzir a viatura, e colabora com o enfermeiro nos cuidados emergentes.

Num estudo recente realizado por Peres et. al, (2018) realça a importância do enfermeiro no contexto pré-hospitalar, uma vez que é um profissional munido de um conjunto de competências e conhecimentos que lhe permitem uma abordagem rápida e eficaz ao doente crítico.

De acordo com o (Regulamento n.º 226, 2018, p. 10759) da Ordem dos enfermeiros “O exercício de enfermagem em emergência extra-hospitalar é determinante para assegurar o suporte efetivo e integral à pessoa, em qualquer etapa do ciclo vital, família e comunidade, em situação de doença súbita, traumatismo, crise ou catástrofe (...)”.

Pela fundamentação apresentada, consideramos ter adquirido a competência específica cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica, e/ou falência orgânica e nº 1 e nº 7 de mestre em enfermagem.

Competência específica 2 – “Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação” (Regulamento n.º 429/2018, p.19363).

“Competência de mestre n.º 1 - Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada e a competência de mestre n.º 7 - Evidência competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.” (A3ES, 2014, p. 26).

Relativamente a esta competência o enfermeiro especialista deve colaborar na elaboração dos planos de emergência da instituição, deve ainda gerir os profissionais de saúde garantindo uma resposta rápida e eficaz no socorro de múltiplas vítimas em situação crítica (Regulamento n.º 429/2018).

Relativamente ao conceito de catástrofe este pode ser definido como “ um acidente grave ou uma série de acidentes graves, suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais, e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido sócio-económico

em áreas ou na totalidade do território nacional” (Decreto-lei nº 27/2006, de 03 Julho, da Lei de Bases da Proteção Civil, p.4696)

Foram discutidas quais as causas mais prováveis para o acontecimento de eventos de possível catástrofe, concluindo que na cidade de Elvas por ser uma cidade transfronteiriça existem várias causas que podem originar uma catástrofe, por exemplo, possíveis acidentes na autoestrada, incêndios uma vez que o conselho apresenta uma enorme densidade florestal, e ainda a realização de alguns eventos, todas elas situações potencialmente perigosas.

Ao longo do estágio no SU, reuni com a enfermeira orientadora e enfermeira chefe de forma a identificar que documentos existiam em termos de catástrofe. Neste âmbito também foi possível consultar o plano de catástrofe da ULSNA que se encontra na intranet.

Face a imprevisibilidade de ocorrer uma situação de catástrofe, torna-se imperativo que todas as organizações de saúde concebam uma resposta de emergência e o analisem periodicamente. Todo e qualquer plano deve ser executado de forma organizada, prever os fatores que podem provocar o desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis, garantindo a simplicidade e eficácia dos procedimentos. De acordo com este cenário, todos os profissionais de saúde são cruciais e devem conhecer a sua função previamente estabelecida (DGS, 2010b).

No serviço de urgência existe uns *kits* de emergência na sala de triagem, pelo que fui informado que foram elaborados com base nas indicações do Grupo Português de Triagem, durante o estágio foi verificado o material existente nos kits de acordo com as *check list* existentes.

No período em que decorreram os estágios não existiram situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, de igual forma não foi possível observar a atuação dos profissionais de saúde em acontecimentos desta natureza. Contudo através da reflexão crítica e atividades desenvolvidas julgamos ter adquirido a referida competência.

“Competência específica 3 – Maximiza a intervenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de repostas em tempo útil e adequadas” (Regulamento n.º 429/2018, p.19363).

“Competência de mestre n.º 1 - Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada e a competência de mestre n.º 7 - Evidência competências comuns e

específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (A3ES, 2014, p. 26).

Atualmente as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), acontecem com frequência nas instituições de saúde, é um problema que devemos abordar com enorme seriedade uma vez que provoca inúmeros transtornos para o doentes (Cassini et al., 2016).

Julga-se que este problema originou-se devido ao uso indiscriminado de antibióticos, o que levou a um aumento exponencial de microrganismos multirresistentes. Nos dias de hoje, existem bactérias com capacidade de resistências a uma panóplia de antibióticos existentes no mundo farmacêutico (European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC, 2017)).

Neste seguimento, o enfermeiro especialista em EMC tem a missão de promover uma utilização correta de antibióticos, seguir as diretrizes e recomendações de boas práticas, adotando ainda uma postura dinâmica e uma constante atualização sobre o tema.

Prevenir e controlar a infeção na PSC é um enorme desafio, uma vez que os doentes estão sujeitos a procedimentos invasivos constantemente, ficando mais suscetíveis a contrair uma IACS, no entanto sabemos que a nossa missão principal continua a ser manter as funções vitais, tendo em conta os princípios e protocolos de assepsia nos procedimentos realizados.

Uma das preocupações constantes na prestação de cuidados foi a correta higienização das mãos. Em todos os campos de estágio verifiquei que existiam diversos recipientes de solução de base alcoólica, alocados em pontos estratégicos nos vários sítios de trabalho. Sabendo que as luvas só devem ser utilizadas em situações de risco de contacto com fluidos orgânicos, também foi analisado se existiam luvas suficientes nos vários tamanhos e se estavam alocadas em pontos de fácil acesso. Ainda relativamente a esta questão da utilização das luvas durante o estágio I foi realizada uma formação a toda equipa multidisciplinar sobre esta temática, como já foi referido.

As luvas são o equipamento individual de proteção (EPI) mais usado em qualquer unidade de saúde, sendo por isso primordial conhecer todo o tipo de luvas disponíveis e o seu uso adequado em cada procedimento. Participar em ações de formação e treino de cariz obrigatório sobre o uso das luvas, deve abranger todos os profissionais de saúde (DGS, 2015).

À semelhança das luvas também existiu da minha parte o cuidado de utilizar os restantes EPI adequadamente conforme as situações. Prestamos cuidados ao doente em choque séptico, com presença de microrganismos multirresistentes e que necessitavam de isolamento para evitar a transmissão. Prestamos também cuidados a doentes imunodeprimidos e vulneráveis onde existia a

necessidade de proteção contra os microrganismos, é só uma correta utilização dos EPI garantia a segurança dos doentes. O ensino e a transmissão de informação à família sobre as medidas a adotar e a utilização correta dos EPI em casos de isolamento quer seja ele de contacto ou respiratório também careceu de especial atenção. (DGS, 2012)

No que diz respeito as IACS, verificamos que na UCIC existia um protocolo para o rastreio de microrganismos multirresistentes. Todos os doentes provenientes de outros Hospitais, outros serviços ou lares eram sujeitos a zaragatoas para despiste de infeções multirresistentes.

Em Portugal, o Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA), é um dos 9 programas que a DGS considera prioritário, este programa tem como objetivos identificar e reduzir infeções cruzadas entre doentes, equipa multidisciplinar e inclusivamente os familiares (Fernandes, & Paiva, 2016). Aquando da realização do estágio no SU tive a possibilidade de ler e analisar os documentos disponíveis na intranet da ULSNA, partilhada pelo PPCIRA.

Importa ainda referir que os procedimentos de qualidade (PQ) da instituição acima mencionada, estabelece as linhas orientadoras e métodos para realizar as atividades preconizadas nesta área.

Em conjunto com a enfermeira orientada procedemos a leitura e análise de toda a documentação existente no SU referente ao controlo de infeção, e as suas diversas formas de prevenção.

Outro aspeto relevante sobre esta competência relaciona-se com a triagem de resíduos hospitalares, os profissionais da equipa multidisciplinar com alguma frequência tinham dúvidas na separação dos lixos produzidos na prestação de cuidados. Perante esta situação foi necessário recorrer a documentos já existentes e elaborados pela DGS, informação que foi transmitida aos profissionais de saúde. Existem quatro grupos distintos de resíduos hospitalares, o grupo I são resíduos equivalentes ao lixo urbano, o grupo II integra os resíduos produzidos em meio hospitalar mas que não necessitam de tratamento específico, do grupo III fazem parte os resíduos contaminados, e finalmente o grupo IV que são resíduos que carecem de incineração obrigatória (DGS, 2009)

Consideramos que a diversidade de experiências, os conhecimentos mobilizados, consideramos ter adquirido e desenvolvido a competência específica nº 3 do enfermeiro especialista em EMC-PSC e as competências nº 1 e 7 de mestre em enfermagem.

5. CONCLUSÃO

Terminada esta etapa que culminou com a redação do relatório de estágio, é essencial realizar uma reflexão sobre esta gratificante caminhada, que permitiu a aquisição e desenvolvimento de competências quer comuns quer específicas em EMC- PSC e ainda competências de mestre em enfermagem.

A forma utilizada através da reflexão permitiu desenvolver o conceito crítico, proporcionando uma mudança de visão e de comportamento relativamente à arte do cuidar, baseada na evidência científica.

As realizações dos estágios em três campos distintos, possibilitou-me desenvolver um leque de habilidades que me permitiram pautar a minha prestação de cuidados em ambientes diferenciados, desenvolvendo competências na abordagem ao doente crítico.

Alicerçado na teoria do conforto de Katharine Kolcaba, e com base na metodologia de projeto foi elaborada uma estratégia de intervenção no SU do HSLE, dando ênfase a melhoria do conforto do doente crítico. A construção da Escala Geral de Conforto de 32 itens (EGC), pode ser um marco importante para a comunidade científica da enfermagem. O estudo piloto levado a cabo no serviço de urgência, revelou que existem níveis de conforto diferentes de acordo com a triagem de Manchester (verde, amarelo e laranja). Esta intervenção permitiu ainda que os enfermeiros no serviço de urgência ficassem mais despertos e com uma maior preocupação relativamente ao conforto dos doentes.

Apresentamos como uma das limitações o fator temporal, a pouca brevidade com que a instituição ULSNA deferiu o pedido de autorização, impossibilitando uma solicitação de disponibilidades e calendarização de atividades atempadas, o que atrasou a aplicação dos questionários. Conciliar a vida, pessoal, profissional e académica foi outra dificuldade com que me deparei e considero importante referir.

Contudo apesar das limitações e constrangimentos encontrados neste trajeto, conseguimos ultrapassá-las com muito investimento pessoal, com ajuda da enfermeira orientador e da professora coordenadora. Após as diversas análises efetuadas, consideramos ter atingido os objetivos propostos inicialmente, consideramos ainda ter adquirido e desenvolvido as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC - PSC e as competências de mestre em enfermagem.

Diariamente na prestação de cuidados sinto frequentemente o reconhecimento de competências na área do doente crítico, não só pela equipa de enfermagem mas também pela equipa

multidisciplinar. Após o término de todo este percurso académico, pretendo ser um elemento de referência na prestação de cuidados na PSC.

Consideramos que este não é fim, mas sim o início de um novo ciclo, pretendo dar seguimento à atividade de intervenção major realizada no serviço de urgência, efetuando avaliações periódicas, com vista a promover estratégias de melhoria contínua. Apesar de já ter sido mencionado no relatório, futuramente pretendo realizar um artigo científico para validar a Escala Geral de Conforto de 32 itens (EGC), e divulgar os seus resultados.

6. BIBLIOGRAFIA

- A3SES. (2014). NCE/14/01772 – Apresentação do pedido – Mestrado em Enfermagem (2º ciclo).
- AESES. (2016). Regulamento de estágio final e relatório do Mestrado em Enfermagem.
- Almeida, O., Gama, E., Bahiana, P. (2015). Humanização do parto: a atuação dos enfermeiros . Revista Enfermagem Contemporânea. Obtido em 20 de Abril de 2020 em Doi: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v4i1.456>
- APA. (sem data). American Psychological Association 6th ed. Obtido 15 de Maio de 2020, de <http://www.apa.org>
- Apóstolo, J. A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. Referência- Revista de Enfermagem, II (9).
- Batista, M., Vasconcelos, P., Miranda, R., Amaral, T., Geraldês, J., & Fernandes, A. (2017). Presença de familiares durante situações de emergência: a opinião dos enfermeiros do serviço de urgência de adultos. Revista de Enfermagem Referência, ser IV(13), 83-92. <https://dx.doi.org/10.12707/RIV16085>
- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bradley, C. (1994) - The Well-being Questionnaire. Handbook of Psychology and Diabetes: a guide to psychological measurement in diabetes research and practice. Harwood Academic Publishers. p. 89-109. ISBN: 3718655624.
- Cassini, A., Plachouras, D., Eckmanns, T., Abu Sin, M., Blank, H.-P., Ducomble, T., ... Suetens, C. (2016). Burden of Six Healthcare-Associated Infections on European Population Health: Estimating Incidence-Based Disability-Adjusted Life Years through a Population Prevalence-Based Modelling Study. (S. Harbarth, Ed.), PLOS Medicine, 13(10), e1002150. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002150>
- Collière, M.-F. (2003). Cuidar... A primeira arte da vida (2a Edição). Loures: Lusociência.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2012) – Combater a Desigualdade: Da evidência à ação Ordem dos Enfermeiros. Obtido a 05 de Maio de 2020 em <http://www.ordemenfermeiros.pt>
- Costa, J. (2016). Métodos de prestação de cuidados. Escola Superior de Enfermagem de Viseu. Obtido a 10 de Maio de 2020 em: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>

- Coutinho, C. (2015). Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática (2a Edição). Coimbra, Portugal: Almedina.
- Cukurova, G. (2015) - The Effect of Music on Comfort, Anxiety and Pain in the Intensive Care Unit: A Case in Turkey.
- Dale, J., & Bjørnsen, L. (2015). Assessment of pain in a Norway emergency department. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine, 1-5. doi:10.1186/s13049-015-0166-3
- Dec. Lei n.º 156. (2015). Lei 156/2015 Segunda alteração ao estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 1.a série — N.º 181 — 16 de setembro de 2015, 4860–4862.
- Dec. Lei n.º 126. (2006). Aprova a Lei de Bases da Proteção Civil. Lei n.º 27/2006, 4696-4706.
- Declaração Universal dos Direitos Humanos. Centro Regional de Informação das Nações Unidas. Obtido em <http://www.unric.org/pt/component/content/article/14>;
- Delrue, K. (2013). An Evidence Based Evaluation of the Nursing Handover Process for Emergency Department Admissions. Doctoral Dissertations. Grand Valley State University. Obtido a 20 de Abril de 2020 em <http://scholarworks.gvsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1009&context=dissertations>
- DGS (2010b) Guia Geral para a Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde e Divisão da Qualidade Clínica e Organizacional.
- DGS. (2008). Programa nacional de controlo da dor. Lisboa: Ministério da Saúde.
- DGS. (2008). Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde: Manual de Operacionalização, 1–82.
- DGS. (2009). Resíduos Hospitalares. Publicado em diário da República – 2ª série, nº 187.
- DGS. (2012). Norma 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). Direção Geral da Saúde, 1–4.
- DGS. (2015). A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Despacho n.º 5613/2015. Diário da República, 2.ª série — N.º 102 — 27 de maio de 2015.
- DGS. (2015). Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito.
- DGS. (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020.
- DGS. (2015). Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde: Norma 013/2014 de 25 de agosto de 2014 (atualizada a 7 de agosto de 2015). Lisboa.

- DGS. (2015b). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 [Portugal] Despacho nº 1400-A/2015. Diário da República, 28 (2), 4–9. Obtido a 05 de Maio de 2020 em <https://dre.pt/application/file/66457154>
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2017). Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2015. Annual Report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net). European Centre for Disease Prevention and Control. Stockholm, Sweden: ECDC. Retirado de <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/antimicrobial-resistance-surveillance-europe-2013.pdf>
- Fernandes, P. A., Silva, M. G., Cruz, A. P., & Paiva, J. A. (2016). Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos em números – 2015. Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos [Portugal]
- Ferrandiz, E e Martín-Baena, D. (2015). Translation and Validation of a Spanish version of the Kolcaba's General Comfort Questionnaire in Hospital Nurses. Acedido a 20 de Maio de 2020 em: <http://doi: 10.15640/ijn.v2n1a12>
- Ferreira, C. (2015). Gestão em Enfermagem e a Formação em Serviço: Tecnologias de Informação e Padrões de Qualidade. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Ferreira, J. (2017). A reperfusão precoce no enfarte agudo do miocárdio implica acesso generalizado à emergência pré-hospitalar. Revista Portuguesa de Cardiologia, 36(11), 857–858. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.05.004>
- Folstein M, (1998) Mini-mental and son, Int J Geriatr Psychiatry ; 13:290 -4.
- Fortin, M.-F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta.
- González Gómez, A., Montalvo Prieto, A. y Herrera Lían, A. (2016). Comodidad de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo e intermedio. *Enfermería Global*. 16, 1 (dic. 2016), 266-294. Doi: <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.1.260101>.
- Grupo Português de Triagem. (2015). Uma metodologia de trabalho coerente. Retrieved March 28, 2018, from <http://www.grupoportuguestriagem.pt>
- Guerra, N. (2017). Atribuição de competências do enfermeiro gestor é prioritária. Jornal Enfermeiro. Contexto, competências e necessidade de Enfermagem. Dez. Obtido em 13 de Maio de 2020 em http://www.jornalenfermeiro.pt/images/pdf/JE15_37b1d.pdfGuerr

- Guillemin, F., Bombardier, C., Beaton, D., (1994). Adaptação cultural de medidas de qualidade de vida relacionadas à saúde: Revisão de literatura e diretrizes propostas. *Journal of Clinical Epidemiology* 46 (12), 1417-1432.
- HESE, EPE (2020). Regulamento- Interno do HESE, EPE
- Jarvis, P. (2016). Improving emergency department patient flow. *Clinical and Experimental Emergency Medicine*, 3(2), 63–68. <https://doi.org/10.15441/ceem.16.127>
- Kaakinen, J., Gedaly-Duff, V., Coelho, D. & Hanson, S. (2010) *Family Health Care Nursing: Theory, Practice, and Research* (4th ed.). Philadelphia.
- Kessler, D. O., Cheng, A., & Mullan, P. C. (2015). Debriefing in the Emergency Department After Clinical Events: A Practical Guide. *Annals of Emergency Medicine*, 65(6), 690–698. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.10.019>
- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the Mid Range Theory of Comfort for Outcomes Research. *Nursing Outlook*. Vol. 49 N°2.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research.* (S. P. Company, Ed.). New York.
- Le Boterf, G. (2015). *Construire les Compétences Individuelles et Collectives.* (Eyrolles, Ed.) (7.a). Paris: Les Éditions d'Organisation
- Magalhães, C. (2017). *Refletir sobre a prática para melhorar a qualidade dos cuidados.* (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa. Porto Obtido a 22 de Maio de 2020 em <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/22926/1/TESE%20ALTERADO%20P%C3%93S%20DEFESA.pdf>
- Mauri, T., Galazzi, A., Binda, F., Masciopinto, L., Corcione, N., Carlesso, E., Lazezeri, M., Spinelli, E., Tubiolo, D., Volta, C., Pesenti, A., Grasselli, G. (2018). Impact of flow and temperature on patient comfort during respiratory support by highflow nasal cannula. Obtido em Fevereiro de 2020 em DOI: 10.1186/s13054-018-2039-4
- McEwen, M. (2016). *Aplicação da teoria na prática de enfermagem.* Porto Alegre, Brasil. Acedido a 06 de Maio de 2020 em <https://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben-69-01-0174.pdf>
- Morganheira, D., Silva, P., Pereira, R., Ruivo, A. (2017). Preservação do direito à privacidade: percepção do doente internado Revisão Integrativa. Obtido a 27 de julho de 2020 em DOI: [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2017.3\(2\).1000](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2017.3(2).1000)

- Nogueira, S. (2015). Planeamento estratégico. São Paulo: Pearson. Obtido em 31 de Maio de 2020 em: Doi: 10.18226/35353535.v6.2017.27
- Nunes, L. (2013). Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica, 22.
- Nunes, L. (2016). Ética em Enfermagem. Servir 59 nº 2.
- Oliveira, C.S. (2013). Conforto e Bem-estar enquanto Conceitos em Uso em Enfermagem. Pensar Enfermagem, 17 (2), 1-8.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). Regulamento Dos Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados em Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República 2.a série, N.º 26 (06/02/2019), 4744 - 4750.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 429/2018 Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República 2.a série, N.º 135 (16/07/2018), 19359– 19370.
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Journal of nursing management, 38. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0218-7>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015), Deontologia Profissional de Enfermagem Disponível via OE: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. Diário da República, 2.ª série — N.º 48 — 10 de março de 2015
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Funções do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico-Cirúrgica Nas Unidade de Cuidados Intensivos/Serviços de Medicina Interna. Parecer nº 15/2018. Diário da República, 2a Série – Nº 19, (26/01/2018), 3290-2391
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 226/2018. Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra – Hospitalar. Diário da República, 2.ª série — N.º 74 — 16 de abril de 2018
- Peres, P. S. Q., Arboit, É. L., Camponogara, S., Pilau, C. O. de B., Menezes, L. P., & Kaefer, C. T. (2018). Atuação do enfermeiro em um serviço de atendimento pré-hospitalar

privado / Nurse performance on a private prehospital assistance. Revista de Pesquisa: Cuidado É Fundamental Online, 10(2), 413. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.413-422>

- Pestana, M. e Gageiro, J. (2014). Análise de dados para as Ciências Sociais - A complementaridade do SPSS. Lisboa: Silabo. 6ª Edição.
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista relação de ajuda e validação. Lusociência.
- Ponte, K. & Da Silva, L. (2015). Comfort as a result of nursing care: an integrative review. Revista de Pesquisa: Cuidado É Fundamental Online, 7(2), 2603. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2603-2614>
- Ponte, K., Bastos, F., Sousa, J., Fontanele, M., Aragão, O. (2019). Comfort requirements of patients assisted by the urgency and emergency service: implications for the nursing profession. Obtido a 14 de Março de 2020 em doi: 10.9789/2175-5361.2019.v11i4.925-930
- Pordata. (2019). População Residente. Obtido 30 de Março de 2020, de <https://www.pordata.pt/Subtema/Portugal/População+Residente-28>
- Rego, Carla (2015). Gestão em Enfermagem e a Formação em Serviço: Tecnologias de Informação e Padrões de Qualidade. Dissertação de Mestrado publicada. Escola Superior de Enfermagem do Porto (Mestrado em Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem). Obtido a 15 de Maio de 2020 em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9756/1/tese_finalCarla%20Rego_fev2015.pdf
- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Regulamentado pelo Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril. (1996)
- Rocha, P., Lima, C., Dias, O., Paiva, P., Rocha, J. (2016). Influência da espiritualidade e da religiosidade no tratamento oncológico: perceção da pessoa com cancro
- Ruivo, M., Nunes, L., e Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Percursos, 15, 1–38
- Rutka, J., Bryniarski, K., Tokarek, T., Debski, G., Krawczk, A., Zabówka, A., Siudak, Z., Dudek, D. (2016) - Comparison of patient comfort after coronary angiography by standard arterial access approaches. Obtido em Fevereiro de 2020 em DOI: 10.5603/KP.a2015.0118.
- Sá, F. G., Botelho, M. R., & Henriques, M. A. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica: A experiência do enfermeiro. Pensar Enfermagem, 19(1), 32-46. Obtido a 14 de Abril de 2020 em <http://pensarenfermagem>

- Sampaio, F., Sequeira, C. (2016). Relação de ajuda - quadro conceptual in Comunicação clinica e relação de ajuda. Lisboa, Portugal: Lidel.
- Santos, J., Lima, M., Pestana, A., Garlet, E., Erdmann, A. (2013). Desafios para a gerência do cuidado em urgência e emergência na perspetiva de enfermeiros. Volume 26, n.º 2, pp.136-143. Obtido a 20 de Abril de 2020 em <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000200006>.
- Schallom, M., Cracchiolo, L., Falker, A., Foster, J., Hager, J., Morehouse, T., Watts, P., Weems, L., Kollef, M. (2015). Pressure ulcer Incidence In Patients WearIng nasal-Oral Versus Full-Face non Invasive VentIlatIon Masks. Obtido em Março de 2020 em DOI: 10.4037/ajcc2015386
- Sequeira, C. (2016). Comunicar com eficácia. Comunicação Clínica e Relação de Ajuda. Lisboa
- Silva, A., Silva, L., Souza, I., Moreira, R. (2013) Mulher cardiopata com úlcera por pressão: reflexão fenomenológica sobre um modelo de cuidado clínico de conforto. Obtido em 20 de Abril de 2020 em <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000100023>
- Slatyer, S., Coventry, L. L., Twigg, D., & Davis, S. (2015). Professional practice models for nursing: A review of the literature and synthesis of key components. Journal of Nursing Management, 24(2), 139-150. doi:10.1111/jonm.12309
- Sousa, P. P. (2014). O conforto da pessoa idosa. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- ULSNA, E. (2020). Regulamento-Interno-da-ULSNA.
- Universidade de Évora. (2010). Ordem de Serviço nº18/2010. Regulamento de Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final do Mestrado em Enfermagem.
- Universidade de Évora. (2014). Regulamento de estágio e relatório final de mestrado em exercício e saúde Ordem de serviço nº 16/2014.
- Vidal, L. (2015). Construção de um conceito de conforto na perspetiva de clientes e enfermeiros em unidade de terapia intensiva oncológica. Dissertação (Mestrado).Rio de Janeiro. Obtido a 22 de Março de 2020 em: <http://hdl.handle.net/unirio/10816>
- WHO. (2009). on Hand Hygiene in Health Care First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. World Health, 30(1), 270. <https://doi.org/10.1086/600379>
- Zachariasse, J. M., Seiger, N., Rood, P. P. M., Alves, C. F., Freitas, P., Smit, F. J., ... Moll, H. A. (2017). A prospective observational study. Plos One, 12(2), e0170811. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170811>

Apêndices

Apêndice I - Projeto de Estágio



Docentes: Prof.^a Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Enfermeira Supervisora: Enfermeira Sandra Cristina Pombeiro Sapatinha

Projeto de Estágio Final Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

ULSNA, EPE - Serviço de Urgência Hospital Santa Luzia Elvas

Hospital Espírito Santo, EPE - Évora - Unidade Cuidados Intensivos de Cardiologia

Discente:

Nuno Bravo, n.º9238

Elvas, Setembro de 2019

Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde

Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Curso de Mestrado em Enfermagem

Unidade Curricular: Estágio Final

Docentes: Prof.^a Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Enfermeira Orientadora: Enfermeira Sandra Cristina Pombeiro Sapatinha

Projeto de Estágio Final Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

ULSNA, EPE - Serviço de Urgência Hospital Santa Luzia Elvas

Hospital Espírito Santo, EPE - Évora - Unidade Cuidados Intensivos de Cardiologia

Discente:

Nuno Bravo, n.º9238

Elvas, Setembro de 2019

ABREVIATURAS E SIGLAS

APA 6th- American Psychological Association 6th – edition.

Enf.^a - Enfermeira

GCL – PPCIRA- Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência a Antimicrobianos

HSLE – Hospital de Santa Luzia de Elvas

N.º - Número

OE – Ordem Enfermeiros

SAV- Suporte Avançado de Vida

SBV- Suporte Básico de Vida

SIV- Suporte Imediato de Vida

UCI – Unidade Cuidados Intensivos

ULSNA; EPE – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

Índice	
0 - INTRODUÇÃO	5
1 - EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL	7
2 - AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM	8
2.1 - COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	8
2.2 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	14
3 – CONCLUSÃO	17
4 – BIBLIOGRAFIA	18

0 - INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização Médico- Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, na unidade curricular Estágio Final.

A realização de um projeto, não é mais do que traçar um plano que tem como finalidade resolver, minimizar ou simplesmente estudar um problema identificado e que tem necessidade de intervenção, determinando o quê e o como é necessário fazer, para alcançar os objetivos traçados.

De acordo com Ruivo “um projeto desenvolve-se num determinado quadro, contextual, prescritivo e normativo, a partir da identificação de problemas e/ou necessidades, propondo objetivos, planeando a organização de ações no tempo e mobilizando recursos e estratégias para alcançar o resultado desejado” (Ruivo et al, 2010).

Assim, de acordo com o supracitado este projeto de estágio tem como objetivo geral planejar e organizar o caminho a percorrer ao longo do estágio final do mestrado em enfermagem médico-cirúrgica: A pessoa em situação crítica, que decorre de 17/9/2019 a 20/12/2019 no Serviço de Urgência do HSLE - ULSNA, EPE e de 6/1/2020 a 31/01/2020 Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia do Hospital Espírito Santo em Évora.

Como objetivos específicos foram traçados os seguintes:

- ✓ Descrever as competências comuns do enfermeiro especialista que pretende adquirir e desenvolver ao longo deste estágio;
- ✓ Descrever competências específicas do enfermeiro em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica que pretende adquirir e desenvolver;
- ✓ Descrever as intervenções a realizar para que o desenvolvimento das competências seja adquirido;
- ✓ Definir indicadores de avaliação para a aquisição das competências.

Para atingir os objetivos irá fazer uma breve descrição do percurso profissional, bem como das razões que levaram à escolha dos locais de estágio: UCI do Hospital Espírito Santo em Évora e Serviço de Urgência do HSLE. Seguidamente irá apresentar as competências de Mestre em Enfermagem, as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica a pessoa em situação crítica

que se propõe desenvolver no estágio, bem como as intervenções e os indicadores de avaliação. Por último irão ser tecidas algumas considerações finais.

Este trabalho foi elaborado de acordo com as normas do novo acordo ortográfico português e a referência assenta nas normas da American Psychological Association [APA].

1 - EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

O meu percurso académico teve início na Escola Superior de Saúde de Portalegre, entre 2007 e 2011, tendo obtido o grau académico de Licenciatura em Enfermagem.

Iniciei funções como enfermeiro no dia 05/05/2011 na Unidade de Cuidados Continuados em Arronches a regime de recibos verdes. Fiquei com uma enorme satisfação, quando me convocaram para a entrevista e fiquei colocado.

Neste local de trabalho tive a oportunidade de ser orientador de alunos de enfermagem, uma vez que adaptei-me perfeitamente e adquiri conhecimentos em formação, sendo um papel fundamental que necessita de muito empenho por parte do enfermeiro orientador, pois é uma grande responsabilidade transmitir conhecimentos e aperfeiçoar o que exige necessidade, uma vez que futuramente os alunos irão estar a cuidar de utentes e necessitam de competências adquiridas para essa função. Foi também neste local que tive oportunidade de realizar algumas formações internas e transmitir conhecimentos novos aos meus colegas.

Após concurso público, com regime de entrevista e avaliação curricular, fiquei colocado na ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano EPE, no HSLE a 25/05/2015, onde iniciei funções integrando a equipa de enfermagem do serviço de Cirurgia Geral onde mantenho funções até a presente data.

Foi após o ingresso no serviço de cirurgia geral do Hospital Santa Luzia em Elvas que senti a necessidade de adquirir novos conhecimentos e novas competências e candidatei-me ao curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica “A pessoa em situação crítica”.

A seleção dos locais de estágios foi feita com base nas competências que pretendia adquirir e desenvolver. Assim, optei por realizar $\frac{3}{4}$ do estágio no serviço de urgência do HSLE da ULSNA, EPE e $\frac{1}{4}$ na Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia do Hospital Espírito Santo em Évora. Realizar um longo período de estágio no serviço de Urgência do HSLE torna-se fundamental, uma vez que é aí que pretendo realizar o projeto de intervenção.

2 - AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM

O enfermeiro especialista é “... um enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomadas de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas ao campo de intervenção.” (Ordem dos Enfermeiros, 2011b)

O Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica preconiza a aquisição de um conhecimento aprofundado que se define num conjunto de competências quer comuns, quer específicas da especialidade mencionada.

Propõe-se também adquirir competências de mestre que serão descritas seguidamente:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão desenvolvendo e aprofundando os conhecimentos do 1º ciclo, assim como, use-os e aplique-os em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar conhecimentos e demonstrem capacidade de compreensão e de resolução de problemas em contextos não familiares/novos inseridos na sua área de estudo;
- c) Capacidade de integração de conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões acerca das implicações e responsabilidades;
- d) Capacidade de comunicar as suas conclusões a especialistas e a não especialistas, de forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências de autoaprendizagem

Decidi incluir a aquisição e desenvolvimento de competências em conjunto, uma vez que muitas delas se irão desenvolver em paralelo com as competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica.

2.1 - COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, todos os enfermeiros especialistas partilham um grupo de competências em

vários domínios que são aplicáveis em todas as áreas de cuidados e que envolve várias dimensões que permitem melhorar a prática de enfermagem, denominadas como competências comuns. Estas são “...partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;” (Ordem dos Enfermeiros, 2011b)

Neste sentido, ao realizar o Estágio Final propõe-se a desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista seguidamente apresentadas, bem como as atividades planeadas e os indicadores que permitirão a avaliação dessas mesmas competências.

Algumas competências aparecem agrupadas uma vez que considera que as atividades e os indicadores de avaliação se podem agrupar e se complementam, como se pode verificar na seguinte tabela (Tabela 1 – Competências comuns do Enfermeiro Especialista).

Competências comuns do Enfermeiro Especialista	Atividades a desenvolver	Indicadores de Avaliação
Competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. A1 - Desenvolver uma prática ética e profissional na área de intervenção. A2 - Promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Competência de mestre c) - Capacidade de integração de conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões acerca das implicações e responsabilidades;	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Basear a prática e tomada de decisão, tendo em conta o Código Deontológico ➤ Planear as intervenções de enfermagem com base nos valores, crenças e desejos do doente/família; ➤ Participar de forma ativa na tomada de decisão em equipa; ➤ Dar a conhecer à equipa de enfermagem as diretrizes das DAV 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Demonstrar capacidade de tomada de decisão ética, baseada em valores e normas deontológicas. ➤ Participa na construção da tomada de decisão em equipa; ➤ Respeita valores, costumes e crenças do doente /família; ➤ Realizar um documento orientador das DAV
Competências no domínio da melhoria da qualidade B1 – Desempenhar um papel dinamizador e de suporte no desenvolvimento de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Participar ativamente nas atividades de melhoria da qualidade proposta à equipa; ➤ Aplicar diretivas organizacionais e conhecimento científico nos programas de melhoria contínua; ➤ Avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem, tendo como base a evidência científica; 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desenvolve aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados. ➤ Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem e resultados através das escalas de Braden e Morse.

B2 - Elaborar, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade. Competência de mestre b) - Saber aplicar conhecimentos e demonstrem capacidade de compreensão e de resolução de problemas em contextos não familiares/novos inseridos na sua área de estudo;		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Accede à evidência científica e às normas necessárias para a avaliação da qualidade.
B3 - Criar e manter um ambiente terapêutico seguro	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Seguir os protocolos existentes na instituição, para que o ambiente do utente e família seja o mais seguro possível; ➤ Promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção do utente e sua família; ➤ Criar relação de ajuda, entre utente e família, para que a confiança e conforto sejam aumentados; ➤ Ser assertiva nas minhas atividades e tomadas de decisão; ➤ Reconhecer e alertar a necessidade de que sejam respeitadas as medidas de segurança em vigor, de modo, a serem reduzidos acidentes em serviço; 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifica riscos reais ou potenciais existentes e que comprometam a segurança dos doentes /família; ➤ Cria condições para que a prestação de cuidados, decorra num ambiente o mais seguro possível para o doente/família e profissionais; ➤ Promove a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas

<p>C1 - Gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.</p> <p>C2 - Adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.</p> <p>Competência de mestre d) - Capacidade de comunicar as suas conclusões a especialistas e a não especialistas, de forma clara e sem ambiguidades;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Orientar e supervisionar as tarefas delegadas, garantindo a qualidade e segurança do doente; ➤ Adequar os recursos humanos e materiais às necessidades de cuidados, garantindo uma resposta eficaz e segura na prestação de cuidados; ➤ Elaboração do processo de enfermagem, tendo em vista o seguimento dos cuidados; 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Colabora nas decisões da equipa multidisciplinar; ➤ Orienta e supervisiona tarefas delegadas seguindo o cumprimento dos procedimentos de qualidade da UISNA; ➤ Utiliza recursos de forma eficiente, promovendo a qualidade dos cuidados; ➤ Rever o conteúdo funcional do Enfermeiro responsável do turno. ➤ Reconhece a necessidade de referência para outros prestadores de cuidados de saúde; ➤ Solicita colaboração de pessoal com maior competência na área se necessário;
<p>Competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p> <p>D1 – Desenvolve o autoconhecimento e assertividade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Refletir sobre atitudes e comportamentos pessoais em situação de emergência na sala de reanimação; ➤ Identificar dificuldades no estabelecimento da relação terapêutica do doente emergente/família; ➤ Gerir sentimentos e emoções em situações de maior pressão psicológica, prática de comunicação de más notícias; ➤ Identificar limites pessoais e encaminhar para outros pares mais capacitados. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Possui consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro; ➤ Desenvolve o autoconhecimento de forma a identificar fatores que possam interferir diretamente na prestação de cuidados; ➤ Gere sentimentos e emoções de forma a favorecer uma resposta eficaz e eficiente; ➤ Responde de forma eficaz a situações de adaptabilidade individual e organizacional;

12

<p>D2 – Baseia a sua prática clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p> <p>Competência de mestre a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão desenvolvendo e aprofundando os conhecimentos do 1º ciclo, assim como, use-os e aplique-os em contexto de investigação;</p> <p>Competência de mestre c) - Competências de autoaprendizagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diagnosticar necessidades formativas com a Enf.ª Chefe, Enf.ª orientadora e equipa de enfermagem; ➤ Demonstrar conhecimentos científicos e aplicá-los na prestação e cuidados especializados e seguros; ➤ Elaborar um plano de formação em serviço; ➤ Identificar uma área onde possa ser realizado um trabalho científico, do qual resulte um projeto de intervenção em serviço; ➤ Elaborar um artigo científico ➤ Avaliar impacto do projeto desenvolvido. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Discute informalmente com os pares novos conhecimentos e novas guidelines na abordagem do doente em situação crítica de forma a enriquecer a prática clínica; ➤ Elaborou um plano de formação em serviço ➤ Desenvolve projeto de intervenção de acordo com as fases da metodologia de projeto; ➤ Elaborou artigo científico solicitado como um dos elementos de avaliação do estágio; ➤ Avalia o projeto implementado
--	---	---

Tabela 1 – Competências comuns do Enfermeiro Especialista

13

2.2 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica são “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas da vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.” (b), 2011)

O perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica integra o perfil das competências comuns e o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências. Estas englobam o cuidar a pessoa a vivenciar processos complexos de doença, maximizar a intervenção da prevenção e controlo da infeção e dar resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima. Todas as atividades propostas para a aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista tem como referenciais os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica.

Estes foram definidos pelo colégio da especialidade de Enfermagem médico-cirúrgica da ordem dos enfermeiros e pressupõem uma melhoria dos cuidados de enfermagem especializados a fornecer aos cidadãos e uma reflexão sobre o exercício profissional dos enfermeiros especialistas na área da especialização. (Ordem dos Enfermeiros, 2011a)

Seguindo a linha de pensamento deste capítulo, existe a necessidade de delinear objetivos e ações segundo as competências específicas do enfermeiro especialista, como pode ser verificado através da seguinte tabela (Tabela 2 – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista

Competências específicas do Enfermeiro Especialista Médico-cirúrgico: Doente Crítico	Atividades a desenvolver	Indicadores de Avaliação
1 - Cuidar a pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prestar cuidados à pessoa em situação crítica, na maior diversidade e especificidade de doentes no serviço de urgência do HSLE e na UCI de Évora ➤ Administrar e gerir protocolos terapêuticos complexos na pessoa em situação crítica; ➤ Assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica ➤ Gerir a comunicação com o doente /família em situação crítica e ou falência orgânica, utilizando técnicas de comunicação adaptadas à situação clínica; ➤ Fazer a gestão da dor na pessoa em situação crítica, proporcionando bem - estar físico, psíquico e espiritual, numa visão holística da pessoa; ➤ Estabelecer relação terapêutica com o doente/família; 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Presta cuidados à pessoa em situação crítica no contexto da emergência hospitalar abrangendo a maior variedade de doentes possível; ➤ Executa cuidados técnicos de alta complexidade; ➤ Diagnostica precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos; ➤ Demonstra conhecimentos sobre bem -estar físico, psico-social e espiritual na resposta às necessidades da pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica; ➤ Adapta a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica; ➤ Garante a gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor; ➤ Seleciona e utiliza de forma adequada, as habilidades e atitudes a desenvolver na relação terapêutica com o doente /família;

15

2 - Dinamizar a resposta a situações de Catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fazer pesquisa bibliográfica em bases científicas sobre catástrofe; ➤ Dar a conhecer o plano de emergência interno e externo à equipa de enfermagem; 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Demonstra conhecimento sobre o plano de emergência interna e externa e atuação em caso de ativação;
3 - Maximizar a intervenção na prevenção controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificar áreas onde é necessário intervir no serviço; ➤ Fazer leitura pormenorizada dos documentos existentes no âmbito do controlo de infeção; ➤ Adotar medidas de prevenção e controlo de infeção, na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica; ➤ Liderar o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infecções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde À pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Demonstra conhecimento do Plano Nacional de Controlo de Infeção e das diretivas das Comissões de Controlo da Infeção. ➤ Adota medidas de prevenção e controle na prestação de cuidados; ➤ Diagnostica as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção ➤ Estabelece as estratégias pro - ativas a implementar no serviço visando a prevenção e controlo da infeção do serviço.

Tabela 2 – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista

16

3 – CONCLUSÃO

Como foi proposto inicialmente foi realizado um Projeto Individual onde foram traçados objetivos com as respetivas ações e relacionamento com as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em situação crítica que se pretendem atingir.

A elaboração do mesmo permitiu a consciencialização do percurso a seguir ao longo do estágio, permitiu ainda realizar uma reflexão aprofundada sobre as atividades a desenvolver, bem como indicadores de avaliação.

O que foi projetado neste documento, pretende ser um guia orientador para a prática durante estes meses, contudo, algumas atividades poderão estar condicionadas pelo tipo de utentes.

Posso concluir que a realização deste projeto é apenas o início de um longo caminho que ainda existe a percorrer para a minha formação e construção como futuro Enfermeiro Especialista em Enfermagem: Pessoa em situação crítica.

4 – BIBLIOGRAFIA

- Aranha, M.C. (2014) Plano de Atividades de Enfermagem 2014-2016. Elvas. Serviço de Urgência HSLE
- Leite, E., Malpique M., & Santos, M.R. (2001). Trabalho de projeto: Aprender por Projetos Centrados em Problemas. 4.^a Edição. Porto. Edições Afrontamento. ISBN 972-36-0216-4.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). Regulamento Dos Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário Da República, 2.a Série, N.º 135, 19359–19370. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Ruivo, M., Nunes, L., & Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Percursos, 15, 1–38. <https://doi.org/ISSN 1646-5067>

Referencias Eletrónicas

- APA (Internet). American Psychological Association (último acesso em 05 Maio de 2019). Disponível em: <http://www.apa.org>
- ULSNA, EPE. (2019). Portal da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE. Disponível em <http://www.ulsna.min-saude.pt>

Legislação

- Diário da República, 2.^a série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019.
- Diário da República, 2.^a série — N.º 135 — 16 de julho de 2018
- Diário da República, 1.^a série — N.º 157 — 16 de agosto de 2018



Docentes: Prof.^a Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Projeto de Estágio Final Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

Hospital Espírito Santo, EPE - Évora - Unidade Cuidados Intensivos de Cardiologia

Discente:

Nuno Bravo, n.º9238

Évora, Janeiro de 2020

Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde
Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Curso de Mestrado em Enfermagem

Unidade Curricular: Estágio Final

Docentes: Prof.^a Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Projeto de Estágio Final Enfermagem Médico- Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

Hospital Espírito Santo, EPE - Évora - Unidade Cuidados Intensivos
de Cardiologia

Discente:

Nuno Bravo, n.º9238

Évora, Janeiro de 2020

2

ABREVIATURAS E SIGLAS

APA 6th- American Psychological Association 6th – edition.

Enf.^a - Enfermeira

GCL – PPCIRA- Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência a Antimicrobianos

HSLE – Hospital de Santa Luzia de Elvas

N.º - Número

OE – Ordem Enfermeiros

SAV- Suporte Avançado de Vida

SBV- Suporte Básico de Vida

SIV- Suporte Imediato de Vida

UCIC – Unidade Cuidados Intensivos Cardiologia

UADCI - Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção

Índice	
0 - INTRODUÇÃO	5
1 - EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL	7
2 - CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE CARDIOLOGIA, HESE	8
2.1 - ESTRUTURA, RECURSOS FÍSICOS E MATERIAIS	8
2.2 - RECURSOS HUMANOS	8
3 - UNIDADE DE ANGIOGRAFIA DIGITAL E CARDIOLOGIA DE INTERVENÇÃO	9
3.1 - ESTRUTURA, RECURSOS FÍSICOS E MATERIAIS	9
3.2 - RECURSOS HUMANOS	9
4 - AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM	11
4.1 - COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	12
4.2 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	17
3 - CONCLUSÃO	20
4 - BIBLIOGRAFIA	21

0 - INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização Médico- Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, na unidade curricular Estágio Final.

A realização de um projeto, não é mais do que traçar um plano que tem como finalidade resolver, minimizar ou simplesmente estudar um problema identificado e que tem necessidade de intervenção, determinando o quê e o como é necessário fazer, para alcançar os objetivos traçados.

De acordo com Ruivo “um projeto desenvolve-se num determinado quadro, contextual, prescritivo e normativo, a partir da identificação de problemas e/ou necessidades, propondo objetivos, planeando a organização de ações no tempo e mobilizando recursos e estratégias para alcançar o resultado desejado” (Ruivo et al, 2010).

Assim, de acordo com o supracitado este projeto de estágio tem como objetivo geral planear e organizar o caminho a percorrer ao longo do estágio final do mestrado em enfermagem médico-cirúrgica: A pessoa em situação crítica, que decorre de 6/1/2020 a 31/01/2020 Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia do Hospital Espírito Santo em Évora.

Como objetivos específicos foram traçados os seguintes:

- ✓ Descrever as competências comuns do enfermeiro especialista que pretende adquirir e desenvolver ao longo deste estágio;
- ✓ Descrever competências específicas do enfermeiro em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica que pretende adquirir e desenvolver;
- ✓ Descrever as intervenções a realizar para que o desenvolvimento das competências seja adquirido;

Para atingir os objetivos irá fazer uma breve descrição do percurso profissional, bem como das razões que levaram à escolha do local de estágio: UCIC do Hospital Espírito Santo em Évora e Serviço de Urgência do HSLE. Seguidamente irá apresentar as competências de Mestre em Enfermagem, as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica a pessoa em situação crítica que se propõe desenvolver no estágio, bem como as intervenções e os indicadores de avaliação. Por último irão ser tecidas algumas considerações finais.

Este trabalho foi elaborado de acordo com as normas do novo acordo ortográfico português e a referência assenta nas normas da American Psychological Association [APA].

1 - EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

O meu percurso académico teve início na Escola Superior de Saúde de Portalegre, entre 2007 e 2011, tendo obtido o grau académico de Licenciatura em Enfermagem.

Iniciei funções como enfermeiro no dia 05/05/2011 na Unidade de Cuidados Continuados em Arronches a regime de recibos verdes. Fiquei com uma enorme satisfação, quando me convocaram para a entrevista e fiquei colocado.

Neste local de trabalho tive a oportunidade de ser orientador de alunos de enfermagem, uma vez que adaptei-me perfeitamente e adquiri conhecimentos em formação, sendo um papel fundamental que necessita de muito empenho por parte do enfermeiro orientador, pois é uma grande responsabilidade transmitir conhecimentos e aperfeiçoar o que exige necessidade, uma vez que futuramente os alunos irão estar a cuidar de utentes e necessitam de competências adquiridas para essa função. Foi também neste local que tive oportunidade de realizar algumas formações internas e transmitir conhecimentos novos aos meus colegas.

Após concurso público, com regime de entrevista e avaliação curricular, fiquei colocado na ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano EPE, no HSLE a 25/05/2015, onde iniciei funções integrando a equipa de enfermagem do serviço de Cirurgia Geral onde mantenho funções até a presente data.

Foi após o ingresso no serviço de cirurgia geral do Hospital Santa Luzia em Elvas que senti a necessidade de adquirir novos conhecimentos e novas competências e candidatei-me ao curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica “A pessoa em situação crítica”.

A seleção dos locais de estágios foi feita com base nas competências que pretendia adquirir e desenvolver. Assim, optei por realizar $\frac{3}{4}$ do estágio no serviço de urgência do HSLE da ULSNA, EPE e $\frac{1}{4}$ na Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia do Hospital Espírito Santo em Évora. Realizar um longo período de estágio no serviço de Urgência do HSLE torna-se fundamental, uma vez que é aí que pretendo realizar o projeto de intervenção.

2 – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE CARDIOLOGIA, HESE

O Serviço de Cardiologia é uma unidade que se pretende moderna e de excelência, mas que assenta nas boas tradições do passado. A missão do serviço é não só assistencial mas também de formação, investigação e de intervenção na comunidade. Os objetivos do serviço prendem-se com eficiência, equidade e qualidade nos cuidados prestados ao doente do foro cardíaco.

O Serviço de Cardiologia conta com área de internamento (6 camas de Cuidados Intensivos Cardíacos, 3 camas de Unidade de Internamento de Curta Duração e 15 camas de enfermaria), exames complementares de diagnóstico, consultas externas e também com uma Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção, de referência para toda a região do Alentejo.

Apesar de ser um estágio considerado de observação, foi possível a realização de prestação de cuidados aos doentes internados, bem como a discussão dos casos clínicos com a equipa de enfermagem e por vezes também com a equipa médica.

2.1 - ESTRUTURA, RECURSOS FÍSICOS E MATERIAIS

Situa-se no 5º piso do HESE; EPE, a UCIC é uma unidade específica do serviço de internamento de Cardiologia, sendo um espaço composto por 6 unidades de doentes compostas por camas, monitores de avaliação de sinais vitais e monitorização cardíaca e respiratória, seringas infusoras, rampas de oxigénio e vácuo.

2.2 - RECURSOS HUMANOS

Na UCIC prestam cuidados 12 enfermeiros, que dividem o exercício das suas funções entre a Unidade e o serviço de internamento de Cardiologia. Por turno, existe a presença constante de 2 enfermeiros. A esta unidade dão apoio os médicos de Cardiologia do HESE, EPE, que não se encontram em presença física obrigatória, mas que recorrem regularmente à unidade para a observação de doente, seja para avaliação contínua dos doentes ou por serem chamados de urgência pela equipa de enfermagem, caso aconteça alguma deterioração importante do doente internado.

3 - UNIDADE DE ANGIOGRAFIA DIGITAL E CARDIOLOGIA DE INTERVENÇÃO

A UADCI, situa-se no piso zero do HESE, EPE, mais concretamente no lado este, junto à entrada principal. Relativamente ao restante espaço físico, é composto por duas unidades de exames diferenciadas - a unidade de Ressonância Magnética e a sala de Angiografia.

3.1 - ESTRUTURA, RECURSOS FÍSICOS E MATERIAIS

Ao entrarmos na UADCI encontramos uma sala ampla com três unidades equipadas (camas, monitores de avaliação de sinais vitais e monitorização cardíaca e respiratória, seringas infusoras, rampas de oxigénio e vácuo) e prontas a receber doentes, bem como, cinco cadeirões para o mesmo efeito, sendo esta sala considerada o Recobro da Unidade.

A sala de Angiografia é composta por uma mesa equipada com aparelho de Raio-X, polígrafo, monitor desfibrilhador, electrocardiógrafo, balão intraórtico, monitor de imagem digital para realização de OCT (tomografia de coerência ótica), ventilador, carro de emergência e anestesia e todo o material logístico necessário para realização do procedimento, cateteres, bainhas, introdutores, balões, stents, entre outros. Esta sala comunica com o armazém do material mencionado anteriormente, material de uso clínico e farmácia (armazenamento de fármacos) e a uma outra divisória correspondente à zona de sujos

3.2 - RECURSOS HUMANOS

Por turno estão distribuídos dois enfermeiros na prestação de cuidados. Nesta unidade, a equipa é multidisciplinar, como já foi referido anteriormente, e por conseguinte desempenham funções, outros profissionais de diversas categorias nomeadamente: 2 Assistentes Operacionais (um por turno); 7 Técnicos de Radiologia (um por turno); 5 Técnicos de Cardiopneumologia (dois por turno). Relativamente à equipa médica é constituída por diversas especialidades: Neuroradiologista; Cardiologistas; Nefrologistas; Anestesiastas e Internos das várias especialidades médicas.

A UADCI encontra-se na dependência do Serviço de Cardiologia, sendo a sua Enfermeira Coordenadora de Enfermagem a mesma, em conjunto com a Enfermeira

Responsável da Unidade, que efetua a gestão da mesma. A equipa de enfermagem é constituída por três elementos fixos e cinco elementos que praticam horário rotativo, entre a unidade e o serviço de internamento de cardiologia

4 - AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM

O enfermeiro especialista é “... um enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomadas de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas ao campo de intervenção.” (Ordem dos Enfermeiros, 2011b)

O Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica preconiza a aquisição de um conhecimento aprofundado que se define num conjunto de competências quer comuns, quer específicas da especialidade mencionada.

Propõe-se também adquirir competências de mestre que serão descritas seguidamente:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão desenvolvendo e aprofundando os conhecimentos do 1º ciclo, assim como, use-os e aplique-os em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar conhecimentos e demonstrem capacidade de compreensão e de resolução de problemas em contextos não familiares/novos inseridos na sua área de estudo;
- c) Capacidade de integração de conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões acerca das implicações e responsabilidades;
- d) Capacidade de comunicar as suas conclusões a especialistas e a não especialistas, de forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências de autoaprendizagem

Decidi incluir a aquisição e desenvolvimento de competências em conjunto, uma vez que muitas delas se irão desenvolver em paralelo com as competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica.

4.1 - COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, todos os enfermeiros especialistas partilham um grupo de competências em vários domínios que são aplicáveis em todas as áreas de cuidados e que envolve várias dimensões que permitem melhorar a prática de enfermagem, denominadas como competências comuns. Estas são “...partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;” (Ordem dos Enfermeiros, 2011b)

Neste sentido, ao realizar o Estágio Final propõe-se a desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista seguidamente apresentadas, bem como as atividades planeadas e os indicadores que permitirão a avaliação dessas mesmas competências.

Algumas competências aparecem agrupadas uma vez que considera que as atividades e os indicadores de avaliação se podem agrupar e se complementam, como se pode verificar na seguinte tabela (Tabela 1 – Competências comuns do Enfermeiro Especialista).

Competências comuns do Enfermeiro Especialista	Objetivos
Competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. A1 - Desenvolver uma prática ética e profissional na área de intervenção. A2 - Promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Competência de mestre c) - Capacidade de integração de conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões acerca das implicações e responsabilidades;	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Respeitar valores, costumes e crenças do doente /família; ➤ Demonstrar conhecimentos éticos, e normas deontológicas. ➤ Participar na construção da tomada de decisão em equipa.
Competências no domínio da melhoria da qualidade B1 – Desempenhar um papel dinamizador e de suporte no desenvolvimento de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Descrever as atividades de melhoria da qualidade propostas à equipa; ➤ Verificar quais as diretivas organizacionais e conhecimento científico nos programas de melhoria contínua;

13

B2 - Elaborar, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade. Competência de mestre b) - Saber aplicar conhecimentos e demonstrem capacidade de compreensão e de resolução de problemas em contextos não familiares/novos inseridos na sua área de estudo;	
B3 – Criar e manter um ambiente terapêutico seguro	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Consultar os protocolos existentes na instituição, para que o ambiente do utente e família seja o mais seguro possível; ➤ Identificar riscos reais ou potenciais existentes e que comprometam a segurança dos doentes /família; ➤ Estabelecer uma relação de ajuda, entre utente e família, para que a confiança e conforto sejam aumentados;
C1 - Gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Constatar se os recursos humanos e materiais respondem às necessidades de cuidados; ➤ Consultar o processo de enfermagem, tendo em vista o seguimento dos cuidados;

14

C2 - Adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados. Competência de mestre d) - Capacidade de comunicar as suas conclusões a especialistas e a não especialistas, de forma clara e sem ambiguidades;	
Competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais D1 – Desenvolve o autoconhecimento e assertividade.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Refletir sobre atitudes e comportamentos pessoais em situação de urgência/emergência. ➤ Desenvolver o autoconhecimento de forma a identificar fatores que possam interferir diretamente na prestação de cuidados; ➤ Identificar dificuldades no estabelecimento da relação terapêutica do doente emergente/família;
D2 – Baseia a sua prática clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento Competência de mestre a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão desenvolvendo e aprofundando os conhecimentos do 1º ciclo, assim como, use-os e aplique-os em contexto de investigação;	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Discutir informalmente com os pares novos conhecimentos e novas guedlines na abordagem do doente em situação crítica de forma a enriquecer a prática clínica; ➤ Perceber o planeamento da formação em serviço na UCI.

15

Competência de mestre e) - Competências de autoaprendizagem	
---	--

Tabela 1 – Competências comuns do Enfermeiro Especialista

16

4.2 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica são “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas da vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.” (b), 2011)

O perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica integra o perfil das competências comuns e o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências. Estas englobam o cuidar a pessoa a vivenciar processos complexos de doença, maximizar a intervenção da prevenção e controlo da infeção e dar resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima. Todas as atividades propostas para a aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista tem como referenciais os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica.

Estes foram definidos pelo colégio da especialidade de Enfermagem médico-cirúrgica da ordem dos enfermeiros e pressupõem uma melhoria dos cuidados de enfermagem especializados a fornecer aos cidadãos e uma reflexão sobre o exercício profissional dos enfermeiros especialistas na área da especialização. (Ordem dos Enfermeiros, 2011a)

Seguindo a linha de pensamento deste capítulo, existe a necessidade de delinear objetivos e ações segundo as competências específicas do enfermeiro especialista, como pode ser verificado através da seguinte tabela (Tabela 2 – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista

Competências específicas do Enfermeiro Especialista Médico-cirúrgico: Doente Crítico	Objetivos
1 - Cuidar a pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prestar cuidados à pessoa em situação crítica, na maior diversidade e especificidade de doentes na UCI de Cardiologia, Évora ➤ Conhecer protocolos terapêuticos complexos na pessoa em situação crítica; ➤ Assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica. ➤ Gerir a comunicação com o doente /família em situação crítica e ou falência orgânica, utilizando técnicas de comunicação adaptadas à situação clínica; ➤ Fazer a gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor; ➤ Assistir a procedimentos e técnicas específicas do serviço de cardiologia (Cardioversão, colocação de pacemaker, cateterismo cardíaco, ecotransesofágica)
2 - Dinamizar a resposta a situações de Catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conhecer o plano de emergência interno e externo;

18

3 - Maximizar a intervenção na prevenção controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Consultar documentos existentes no âmbito do controlo de infeção; ➤ Adotar medidas de prevenção e controlo de infeção, na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica; ➤ Demonstra conhecimento do Plano Nacional de Controlo de Infeção e das diretivas das Comissões de Controlo da Infeção.
--	---

Tabela 2 – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista

19

3 – CONCLUSÃO

Como foi proposto inicialmente foi realizado um Projeto Individual onde foram traçados objetivos com as respetivas ações e relacionamento com as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em situação crítica que se pretendem atingir.

A elaboração do mesmo permitiu a consciencialização do percurso a seguir ao longo do estágio, permitiu ainda realizar uma reflexão aprofundada sobre as atividades a desenvolver, bem como indicadores de avaliação.

O que foi projetado neste documento, pretende ser um guia orientador para a prática durante estes meses, contudo, algumas atividades poderão estar condicionadas pelo tipo de utentes.

Posso concluir que a realização deste projeto é apenas o início de um longo caminho que ainda existe a percorrer para a minha formação e construção como futuro Enfermeiro Especialista em Enfermagem: Pessoa em situação crítica.

4 – BIBLIOGRAFIA

- Aranha, M.C. (2014) Plano de Atividades de Enfermagem 2014-2016. Elvas. Serviço de Urgência HSLE
- Leite, E., Malpique M., & Santos, M.R. (2001). Trabalho de projeto: Aprender por Projetos Centrados em Problemas. 4.ª Edição. Porto. Edições Afrontamento. ISBN 972-36-0216-4.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). Regulamento Dos Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário Da República, 2.a Série, N.º 135, 19359–19370. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Ruivo, M., Nunes, L., & Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Percursos, 15, 1–38. <https://doi.org/ISSN 1646-5067>

Referencias Eletrónicas

- APA (Internet). American Psychological Association (último acesso em 05 Maio de 2019). Disponível em: <http://www.apa.org>
- ULSNA, EPE. (2019). Portal da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE. Disponível em <http://www.ulsna.min-saude.pt>

Legislação

- Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019.
- Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018
- Diário da República, 1.ª série — N.º 157 — 16 de agosto de 2018

Apêndice II – Cronograma de atividades

Atividades	Meses/ Ano																											
	Outubro/19				Novembro/19				Dezembro/19				Janeiro/20				Fevereiro/20				Março/20				Abril/20			
	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s
Reunião com Enf.ª Chefe e Enf.ª Supervisora	X																											
Elaboração da proposta de projeto de relatório de estágio do IPP			X	X																								
Entrega da proposta de projeto de relatório de estágio no IPP							X																					
Elaboração dos instrumentos de recolha de dados					X	X																						
Aplicação dos instrumentos de recolha de dados							X	X																				
Análise dos dados obtidos									X	X	X																	
Definição de estratégias de melhoria									X	X	X																	
Realização de formação em serviço													X	X														
Aplicação pela equipa das medidas apresentadas													X	X														
Avaliação dos resultados																	X	X										
Redação do relatório de estágio para entrega.																					X	X	X	X				
Entrega do relatório final																												X

Apêndice III – Escala Adaptada de *General Comfort Questionnaire* de 32 itens

QUESTIONÁRIO

I - PARTE

1 - Género

Masculino ☐

Feminino ☐

2 - Idade _____ (em anos)

3 - Nível de Escolaridade

Ensino Primário ☐
 Ensino Básico ☐
 Ensino Secundário ☐
 Licenciatura ☐
 Mestrado ☐

4 - É a primeira vez que recorre ao Serviço de Urgência Geral?

Sim ☐
 Não ☐

5 – Triagem de Manchester

Laranja ☐
 Amarelos ☐
 Verdes ☐

II PARTE – Escala Adaptada GCQ

Obrigado por participar na pesquisa sobre conceito de conforto. Em baixo encontra uma lista afirmações que podem indicar o seu estado de conforto neste momento. Quatro números são atribuídos para cada questão. Por favor, faça um círculo no número que mais se aproxima com o que está a sentir. Relacione essas afirmações ao seu conforto no momento em que estiver a responder às mesmas.

Discordo
Totalmente

Concordo
Totalmente

1. Eu tenho privacidade suficiente.	1	2	3	4
2. Existem pessoas neste lugar em quem eu posso confiar quando precisar de ajuda.	1	2	3	4
3. O meu estado de saúde deixa-me triste.	1	2	3	4
4. Sinto-me confiante.	1	2	3	4

5. Eu sinto-me dependente dos outros.	1	2	3	4
6. O barulho não me deixa descansar.	1	2	3	4
7. Ninguém me entende	1	2	3	4
8. A minha dor é difícil de ser suportada	1	2	3	4
9. Eu fico triste quando estou sozinho(a)	1	2	3	4
10. A minha fé ajuda-me a não ter medo	1	2	3	4
11. Eu não gosto deste lugar	1	2	3	4
12. Estou obstipado neste momento	1	2	3	4
13. Eu não me sinto saudável neste momento	1	2	3	4
14. Este ambiente faz-me sentir medo	1	2	3	4
15. Eu tenho medo do que está para acontecer	1	2	3	4
16. Eu tenho passado por mudanças que me fazem sentir desconfortável	1	2	3	4
17. Eu estou com fome	1	2	3	4
18. Eu gostava de ver o meu médico com mais frequência	1	2	3	4
19. A temperatura neste lugar está agradável	1	2	3	4
20. Eu estou muito cansado(a)	1	2	3	4
21. Eu posso superar a minha dor	1	2	3	4
22. O humor daqui faz-me sentir melhor	1	2	3	4
23. Esta cadeira/cama magoa-me	1	2	3	4
24. Os meus pertences não estão aqui	1	2	3	4
25. Eu sinto-me deslocado(a) neste lugar	1	2	3	4
26. As minhas crenças dão-me paz de espírito.	1	2	3	4
27. Eu preciso ser melhor informado(a) sobre o meu estado de saúde.	1	2	3	4
28. Eu sinto-me fora de controlo.	1	2	3	4

29. Eu sinto-me desconfortável porque não estou vestido(a).	1	2	3	4
30. Este ambiente tem um cheiro terrível.	1	2	3	4
31. Eu estou deprimido(a).	1	2	3	4
32. Eu preciso sentir-me bem novamente.	1	2	3	4

Apêndice IV – Divulgação da formação em serviço “ O Conforto do doente crítico no serviço de Urgência”



FORMAÇÃO EM SERVIÇO

“O Conforto do Doente Crítico no Serviço de Urgência”

Dia: 10 de Janeiro de 2020

Formador: Enfermeiro Nuno Bravo

Destinatários: Enfermeiros

Local: Sala de Reuniões do serviço de urgência do Hospital Santa Luzia, Elvas

Hora: 14:00



FORMAÇÃO EM SERVIÇO

“O Conforto do Doente Crítico no Serviço de Urgência”

Dia: 17 de Janeiro de 2020

Formador: Enfermeiro Nuno Bravo

Destinatários: Enfermeiros

Local: Sala de Reuniões do serviço de urgência do Hospital Santa Luzia, Elvas

Hora: 14:00

Apêndice V – Plano da sessão da formação

Plano Da Sessão De Formação

Local: Hospital Santa Luzia em Elvas – Serviço de Urgência Geral

Tema: O Conforto do doente crítico no Serviço de Urgência do HSLE

Formador: Nuno Bravo

Hora: 14:00horas **Data:** 10 e 17 de Janeiro de 2020 **Duração:** 60 minutos

Objetivo geral

Sensibilizar os enfermeiros do SU do HSLE para o conforto do doente crítico

Objetivos específico

- ❖ Dar a conhecer à equipa de enfermagem o instrumento construído para avaliar do conforto
- ❖ Atualizar conhecimentos sobre o conforto dos doentes
- ❖ Apresentar os resultados do estudo piloto desenvolvido

Conteúdo	Métodos/Técnicas de Ensino	Meios auxiliares de ensino	Duração
1-Introdução <ul style="list-style-type: none">❖ Apresentação do preletor❖ Apresentação do tema e enquadramento teórico	Método Expositivo	Computador/Multimédia	10 Minutos
2 - Exposição Teórica: <ul style="list-style-type: none">❖ Contextualização da teórica do conforto de Kolcaba❖ Como foi construída a escala adaptada do conforto de 32 itens❖ Demonstração da aplicabilidade da escala❖ Apresentação dos resultados	Método Expositivo/Demonstrativo	Computador/Multimédia	40 Minutos
3 - Conclusão e Esclarecimento de Dúvidas: <ul style="list-style-type: none">❖ • Enfatizar a importância da temática;❖ • Esclarecimento de dúvidas/ discussão da temática.	Método Expositivo/ Ativo	Computador/Multimédia	5 Minutos
4 - Avaliação da Sessão: Avaliação da Sessão e Avaliação do Formador	-----	-----	5 Minutos

Apêndice VI – Instrução de trabalho medidas não-farmacológicas

	IT-00-ULSNA Medidas não-farmacológicas
---	--

1. OBJETIVO - Uniformizar o procedimento de medidas não-farmacológicas no serviço de urgência.

2. INTERVENIENTES

Enfermeiros

3. DESCRIÇÃO

Diariamente, os enfermeiros que trabalham no serviço de urgência lidam com o sofrimento físico e psicológico dos doentes. Neste sentido, é fundamental que o conforto da pessoa doente seja, cada vez mais, um dos principais focos de atenção da prestação de cuidados.


O Conforto e cuidados de enfermagem têm sido estudados pela Dra. Kolcaba há já vários anos, a autora preconiza que a Enfermagem se deve desenvolver centrada na perspetiva do doente e na satisfação das suas necessidades (Kolcaba, 2003).

4. DEFINIÇÕES

KOLCABA (2003) refere, que “*o conforto é definido como a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto. É a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades nos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental)*”.

Medidas não-farmacológicas podem agrupar-se em intervenções cognitivo-comportamentais e em medidas físicas/agentes físicos. As intervenções cognitivo-comportamentais incluem entre outras a intervenção educacional, exercícios de relaxamento, imaginação guiada, distração. As medidas físicas/agentes físicos, incluem a aplicação de calor e ou frio, a massagem e o exercício (Robinson, 2015).

Edição 00	Data 01.01.2020	Páginas
-----------	-----------------	---------

	IT-00-ULSNA Medidas não-farmacológicas
---	--

5. PROCEDIMENTO

Perante um doente que refere desconforto o enfermeiro deve:

- Realizar uma pequena entrevista ao doente de forma a perceber qual a causa do desconforto (se considerar pertinente deve aplicar a Escala Adaptada GCQ)
- Consoante os resultados obtidos na avaliação, podem ser adotadas várias medidas não-farmacológicas.

Edição 00	Data 01.01.2020	Páginas
-----------	-----------------	---------

	<p align="center">IT-00-ULSNA</p> <p align="center">Medidas não-farmacológicas</p>
---	---

INTERVENÇÃO	DEFINIÇÃO	OBJECTIVOS
RELAXAMENTO COM IMAGINAÇÃO	Diminuição da tensão muscular através da imaginação, visualização e meditação.	Aumentar o foco nas sensações de bem-estar, assim como na diminuição da tensão, depressão e dor relacionada com a inatividade
DISTRAÇÃO	Estratégias para desviar a atenção da dor	Diminuir a atenção prestada à dor.
APLICAÇÃO DE FRIO	Aplicação de frio;	Diminuir a inflamação
APLICAÇÃO DE CALOR	Aplicação de calor	Promover o relaxamento muscular
EXERCÍCIO	Movimentos que promovem o alongamento e a resistência, o combate à rigidez e à debilidade associada com a dor e inatividade.	Promover a recuperação muscular e o alongamento dos tendões, a amplitude de movimentos, a resistência, o conforto e a função. Alívio da dor com restabelecimento da postura.
IMOBILIZAÇÃO	Restrição e limitação de movimentos	Manter o alinhamento apropriado para a reparação pós-lesão.
MASSAGEM	Ato de massajar e pressionar partes do corpo	Facilitar o relaxamento e diminuir a tensão muscular.
TOQUE TERAPÊUTICO	Processo intencional de repadronização do campo energético durante o qual o terapeuta usa as mãos para dirigir ou modular o campo energético com fins terapêuticos.	Promover o apoio e a segurança através do contacto pele a pele. Promover relaxamento, reduzir a ansiedade e controlar a dor, entre outros sintomas que trazem desconforto.

Tabela de medidas não-farmacológicas.

6. BIBLIOGRAFIA

Edição 00	Data 01.01.2020	Páginas
-----------	-----------------	---------

	IT-00-ULSNA Medidas não-farmacológicas
---	--

- Kolcaba, K. (2003) – Comfort Theory and Practice. New York: Springer, 264p. ISBN 0-3261-1663-7
- International Association for the Study of Pain. IASP Taxonomy. (2017)
Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navItemNumber=576>
- Ordem dos Enfermeiros (2008) – Guia orientador de boas práticas. Série I; Número 1.
- Eghbali M, Safari R, Nazari F, Abdoli S. (2012) - The effects of reflexology on chronic low back pain intensity in nurses employed in hospitals affiliated with Isfahan University of Medical Sciences. Iranian Journal Of Nursing And Midwifery.
- Robinson S, Hall K, Vallerand A. Chapter (2015) Nursing Care of Patients in Pain. Understanding Medical Surgical Nursing, 5th ed. Philadelphia, Pennsylvania.

Edição 00	Data 01.01.2020	Páginas
-----------	-----------------	---------

Apêndice VII – Grelha de observação

**GRELHA DE OBSERVAÇÃO SOBRE OS PROCEDIMENTOS RELIZADOS PELOS
ENFERMEIROS PARA PROMOVER O CONFORTO DO DOENTE.**

Serviço: _____



Observação: _____

Data: __/__/__

	Sim	Não
Garante privacidade ao doente.		
Disponibiliza-se para ajudar, quando o doente precisa.		
Transmite confiança ao doente.		
Preocupa-se com o ruído do serviço.		
Avalia e regista a dor.		
Promove estratégias não-farmacológicas para aliviar a dor.		
Respeita a religião do doente.		
Otimiza a temperatura do serviço.		
Procura saber se existe familiar presente		
Pergunta ao doente se está com fome.		
Informa onde se localiza o gabinete médico.		
Utiliza o humor como atitude terapêutica.		
Otimiza os cheiros no serviço.		
Pergunta ao doente se está confortável onde está sentado/deitado.		
Preocupa-se com a dimensão psicológica do doente.		
Garante que o doente se sinta confortável com o que tem vestido.		
Informa o doente sobre a sua situação de saúde.		

Grelha de observação construída com base no GCQ adaptada de 32 itens, desenvolvida inicialmente por Kolcaba.

Apêndice VIII – Poster das DAV



Diretivas Antecipadas de Vontade

Bagorrihla, Tiago¹; Bravo, Nuno¹; Furtado, Vanda¹; Pires, Vitor¹

Definições

(Lei 25/2012)

“O Registo Nacional do Testamento Vital (RENTÉV) tem a finalidade de rececionar, registar, organizar e manter atualizada, quanto aos cidadãos nacionais, estrangeiros e apátridas residentes em Portugal, a informação e documentação relativas ao documento de diretivas antecipadas de vontade e à procuração de cuidados de saúde.”

“Diretivas Antecipadas de Vontade sob a forma de testamento vital são o documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa maior de idade e capaz, que não se encontre interdita ou inabilitada por anomalia psíquica, manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente.”

Tem validade de cinco anos a contar da sua assinatura e é renovado sempre que seja introduzida uma modificação do mesmo.

O procurador de cuidados é responsável por fazer cumprir a DAV caso a própria pessoa não o consiga fazer, ou decidir em seu lugar.

A vontade da pessoa *in loco* sobrepõe-se a qualquer documento registado, a DAV serve apenas e só para quando a pessoa já não puder decidir.

No documento das DAV's cada pessoa pode expressar a sua vontade relativamente a :

(Lei 25/2012)

Tratamento artificial de suporte artificial de sinais vitais;

Tratamento fútil, inútil ou desproporcionado no quadro clínico: medidas de suporte básico de vida, medidas de alimentação e hidratação artificiais que retardem o processo natural da morte;

Tratamentos em fase experimental;

Participação em programas de investigação científica ou ensaios clínicos.

As DAV's vieram dar resposta a vários princípios éticos:

Princípio do respeito pela autonomia, em que existe uma liberdade de escolha sobre a aceitação ou recusa de qualquer intervenção no futuro.

O princípio de beneficência e não maleficência dos profissionais de saúde, nunca se deve sobrepor a uma DAV, deve ser sempre respeitada a autonomia.

O princípio da justiça destaca que o portador de DAV deve ser tratado do mesmo modo, mesmo que os profissionais não concordem com a decisão da pessoa.

Bibliografia

- Decreto-Lei n.º 25/2012 de 16 de julho. (2012). Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Regulamento Nacional do Testamento Vital (RENTÉV). *Diário da República I Série, N.º 135 (16-07-2012)*, 3728–3730. Obtido de www.dre.pt.
- Nunes, L. (2008). Ética em cuidados paliativos: limites ao investimento curativo. *Revista Bioética*, 16(1), 41-50.

Afiliação

1. Enfermeiros da ULSNA, EPL, mestrandos em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, do Mestrado em Associação 2018/2020 Portalegre, Portugal.

Apêndice IX – Cartaz das DAV



Diretivas Antecipadas de Vontade

Bagorrihla, Tiago¹; Bravo, Nuno¹; Furtado, Vanda¹; Pires, Vitor¹

A Vida é sua...



Fonte: <http://www.notariado.org.br/blog/noticias/eutanasia-e-as-diretrizes-antecipadas-de-vontade-em-portugal>

...e tem direito a escolhas

Diretiva Antecipada de Vontade é um documento formal, feito por iniciativa do cidadão, onde este pode inscrever os cuidados de saúde que pretende ou os que não pretende receber e permite também a nomeação de um procurador de cuidados de saúde. O documento pode ser mudado ou revogado a qualquer momento.



Antes de não ser capaz de se exprimir ou tomar decisões por si próprio, pode dar instruções relativamente aos tratamentos que deseja ou que recusa receber no fim da vida.



Pode decidir relativamente a:

- Manobras de reanimação cardiopulmonar em fim de vida,
- Medidas de suporte avançado de vida em estado vegetativo persistente,
- Utilização de intervenções agressivas e invasivas como a hemodiálise, a quimioterapia e a cirurgia em doentes com doença incurável e sem condições razoáveis de recuperação.
- Utilização de antibióticos e hidratação via intravascular em doentes em estado agónico



Para fazer a sua Diretiva Antecipada de Vontade dirija-se no Hospital ao Balcão RENTEVE.



Bibliografia

- Decreto-Lei n.º 25/2012 de 16 de julho. (2012). Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Regulamento Nacional do Testamento Vital (RENTEV). *Diário da República I Série, N.º 136 (16-07-2012)*, 3728–3730. Obtido de www.dre.pt

Afiliação

1. Enfermeiros da ULSNA, EPE, mestrandos em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, do Mestrado em Associação 2018/2020 Portalegre, Portugal.

Apêndice X – Formação “ O uso de luvas pelos Enfermeiros no Serviço de Urgência”

Curso de Mestrado em Enfermagem

Unidade Curricular: Estágio em Enfermagem á pessoa em situação crítica

Docente: Prof.ª Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Enfermeira Orientadora: Enfermeira Sandra Cristina Pombeiro Sapatinha

PLANO DE FORMAÇÃO
USO DE LUVAS PELOS ENFERMEIROS NO
SERVIÇO DE URGÊNCIA



Autor:

Nuno Bravo, aluno n.9238

**Junho
2019**

Diagnóstico da Situação

Objetivo geral

- Sensibilizar os enfermeiros do SU do HSLE para que estes identifiquem a boa prática do uso de luvas.

Objetivos específicos

- Conhecer os vários tipos de luvas disponíveis no serviço
- Identificar quais as indicações para o uso de luvas (norma da DGS)
- Aumentar a adesão dos enfermeiros à correta utilização de luvas

O uso de luvas e a sua correta utilização

Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI)

- Higiene das mãos,
- Uso racional de Equipamento de Proteção Individual (EPI),
- Medidas de isolamento,
- Controlo ambiental,
- Prevenção dos acidentes por picada/corte.

As luvas são o equipamento individual de proteção mais usado em qualquer unidade de saúde, sendo por isso primordial conhecer todo o tipo de luvas disponíveis e o seu uso adequado em cada procedimento. O uso de luvas não altera as indicações para a higiene das mãos (DGS, 2015)



Em 2014 a DGS, lançou a Norma n.º013 que se encontra relacionada com o correto uso de luvas nas unidades de Saúde

Indicações clínicas para o uso de Luvas:

- As luvas devem ser usadas quando se prevê contaminação com sangue ou outros fluidos orgânicos ou em contexto de medidas de barreira, no âmbito de isolamento de contacto.
- Devem ser usados dois pares de luvas com sistema de indicação de perfuração, em situação de risco particularmente elevado
- Devem ser usadas luvas de punho alto para cobrir o antebraço, em determinadas situações em que a exposição a fluidos corporais ou sangue é provável (ex: partos) de acordo com a avaliação do risco.

As luvas de uso único não esterilizadas devem ser usadas nas seguintes situações:

Exposição direta ao utente:

- Contacto com sangue
- Contacto com membranas mucosas e com pele não íntegra;
- Possível presença de microrganismos infecciosos;
- Situações de emergência ou epidemia;
- Colocação e remoção de acessos venosos periféricos;
- Remoção de linha arterial;
- Limpeza e desinfeção de derrames e salpicos de sangue;
- Exame pélvico ou vaginal;
- Higiene oral;
- Higiene perineal.

Exposição indireta ao utente:

- Esvaziamento de recipientes de fluidos orgânicos;
- Manipulação/limpeza de instrumentos;
- Manipulação de antissépticos e desinfetantes
- Manipulação de resíduos;

Devem ser utilizadas as luvas de polietileno (plástico “tipo palhaço”) esterilizadas de uso único em:

- Aspiração de secreções endotraqueais e oro/nasotraqueais;
- Contactos superficiais, de curta duração, não envolvendo líquidos.

As luvas cirúrgicas esterilizadas de uso único devem ser usadas:

- Procedimentos cirúrgicos;
- Procedimentos radiológicos invasivos;
- Parto vaginal;
- Exame vaginal em obstetrícia se houver rotura de bolsa;
- Colocação de acessos/drenagens de fluidos corporais (toracentese, paracentese, drenagem supra púbica, nefrostomias, outras);
- Colocação de dispositivo intravascular central;
- Punção para colheita de fluidos orgânicos para estudo (líquido cefalorraquidiano, líquido sinovial, hemoculturas, outros);
- Punção lombar e abdominal

Não devem ser usadas luvas, quando não há previsão de exposição a sangue ou outros fluidos orgânicos, exceto se utente sem Precauções de Contacto

Exposição direta ao utente:

- Avaliação da pressão arterial, temperatura e pulso;
- Administração de vacinas e outros injetáveis (vias subcutânea ou intramuscular);
- Auscultação e palpação do utente.

Exposição indireta ao utente:

- Administração de medicamentos via oral;
- Distribuição e recolha de tabuleiros de refeição;
- Remoção e mudança de roupa de cama;
- Colocação de aparelhos de ventilação não invasiva e cânulas de oxigénio;
- Transporte de utentes.

Na colocação de luvas, os profissionais de saúde devem

- Higienizar as mãos antes de colocar as luvas
- Colocar as luvas imediatamente antes do contacto/procedimento para não contaminar as luvas antes do procedimento
- Conjuntamente com outros equipamentos de proteção individual (EPI) devem as luvas serem colocadas em último lugar
- Trocar de luvas em procedimentos diferentes, no mesmo utente (quando aplicável)
- Evitar contaminar os materiais e o ambiente à volta do utente, não tocando nestes, com as luvas usadas

Na substituição/mudança/remoção de luvas, os profissionais de saúde devem:

- Trocar as luvas entre utentes e quando danificadas;
- Trocar as luvas entre procedimentos num mesmo utente, sempre que seja necessário prevenir a contaminação de uma zona mais suscetível (ex: mudança de fralda e posterior manipulação da sonda gástrica)
- Retirar as luvas imediatamente após terminar a tarefa ou o procedimento para o qual foram usadas, não devendo ser usadas para escrever ou tocar em qualquer superfície limpa ou outras pessoas, (incluindo o próprio)

- Conjuntamente com outros EPI, devem as luvas ser removidas em primeiro lugar
- Higienizar as mãos imediatamente após retirar e inutilizar as luvas, uma vez que o uso de luvas não substitui este procedimento



 
Instituto Politécnico de Coimbra
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias



out-20 | Página CLXI

Anexo I – Indicações para o uso de luvas – Pirâmide da OMS



Fonte: Traduzido e adaptado de OMS: "Glove Use Information Leaflet". Patient Safety, a World Alliance for Safer Health care. 2009²⁶.

DGS **FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO - USO DE LUVAS NOS CIDADÃOS DE SAÚDE**

ARS	Cidade	Unidade de Saúde
Observador		Período Nº
Data (dd/mm/aaaa)		Seção Nº
Hora de Início (hh:mm)		Formulário Nº
Duração da observação (min)		Enfermagem

SELEÇÃO/COLOCAÇÃO DAS LUVAS	Cat. Profissional			Cat. Profissional			Cat. Profissional			Cat. Profissional			Cat. Profissional		
	Ação	Ação	Ação	Ação	Ação	Ação	Ação	Ação	Ação	Ação	Ação	Ação	Ação	Ação	
	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA
1 - Seleção de luvas adequadas ao procedimento															
2 - Higienização das mãos antes de colocar as luvas															
3 - Colocação de luvas imediatamente antes de iniciar o procedimento															
4 - Colocação de luvas com técnica adequada, garantindo a sua não contaminação															
5 - Utilizar luvas para de luvas em situações de risco de exposição a fluidos orgânicos*															
6 - Utilizar luvas de proteção antes de tocar a pele ou a roupa do doente em situações de risco de exposição a fluidos orgânicos*															
USO/SUBSTITUIÇÃO DAS LUVAS	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA
7 - Utilizar luvas limpas descartáveis na exposição direta*															
8 - Utilizar luvas limpas descartáveis na exposição indirecta*															
9 - Utilizar luvas esterilizadas em procedimentos invasivos/cirúrgicos															
10 - Utilizar luvas resultantes de um procedimento de descontaminação ambiental/total															
11 - Trocar as luvas entre procedimentos no mesmo doente															
12 - Trocar as luvas após o procedimento															
13 - Trocar as luvas entre procedimentos (infecciosas, materiais e equipamentos) entre doentes															
REMOÇÃO DAS LUVAS	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA
14 - Remover as luvas com técnica adequada, prevenindo a sua contaminação e do ambiente															
15 - Remover as luvas pela parte interior (induzida)* quando utilizadas conjuntamente com outros EPIs															
16 - Descartar as luvas de acordo com o sistema interno de gestão dos resíduos															
17 - Higienizar as mãos imediatamente após a remoção das luvas															

* Caso duplo par de luvas em situações de risco particularmente elevado ou alta probabilidade de perfuração e/ou exposição a fluidos orgânicos, como por exemplo em procedimentos cirúrgicos.
* Luvas de proteção para evitar a contaminação nos procedimentos com exposição a grandes quantidades de fluidos orgânicos ou sangue, como por exemplo em caso de parto vaginal.
* Exposição directa ao doente: Contacto com sangue ou outros fluidos orgânicos, com excepção da pele, contacto com mucosas, contacto com pele não íntegra, higiene oral, higiene genital entre outros contactos com áreas anatómicas de alto risco de transmissão patogénica.
* Exposição indirecta ao doente: Manipulação/limpeza de superfícies e instrumentos contaminados, limpeza e remoção segura de derrames e sujidade de sangue e outros fluidos orgânicos, esvaziamento de recipientes de fluidos orgânicos, manipulação de resíduos, etc.
* Contato directo e indireto com o doente em situações de risco de contaminação.
* 2ª luvas, 2ª luvas, 2ª luvas, 2ª luvas, 2ª luvas, 2ª luvas, 2ª luvas, 2ª luvas, 2ª luvas, 2ª luvas, 2ª luvas, 2ª luvas, 2ª luvas, 2ª luvas, 2ª luvas, 2ª luvas.

Cálculo do Índice de Qualidade

Esta monitorização incide em três padrões:

- Padrão 1 – Seleção/Colocação das Luvas
- Padrão 2 – Uso/Substituição das Luvas
- Padrão 3 – Remoção das Luvas

Cada critério possui três hipóteses de resposta:

Sim / Não / Não se Aplica (N/A)

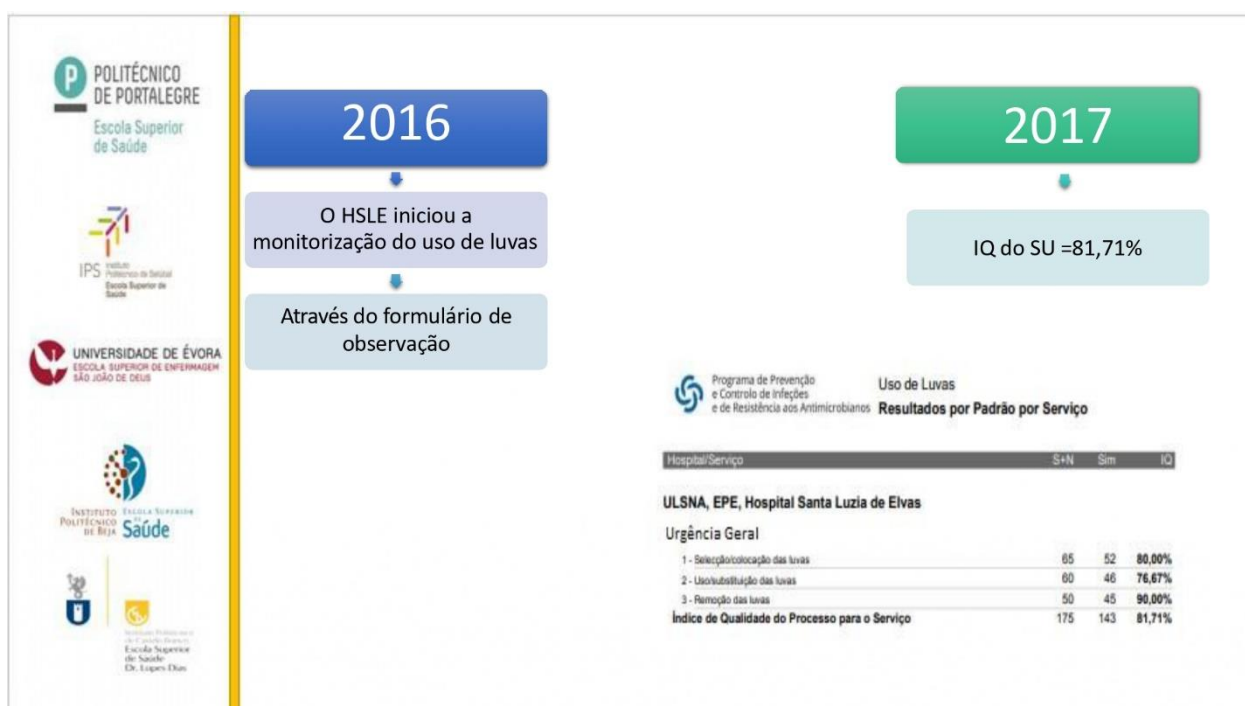
- A resposta **Sim** tem uma avaliação (score) de 1 ponto;
- A resposta **Não** tem uma avaliação (score) de 0 pontos;
- Para obter o número de respostas aplicáveis, subtrai-se o número de respostas não aplicáveis do número de questões avaliadas;
- Divide-se o número de respostas "Sim" pelo total de respostas "aplicáveis" e multiplica-se por 100 para obter o valor percentual que corresponde ao índice de qualidade obtido em cada padrão.

Cálculo do Índice de Qualidade

- Fórmula de Cálculo:

$$IQ = \frac{N^{\circ} \text{ respostas Sim}}{N^{\circ} \text{ respostas aplicáveis}} \times 100$$

- É possível auditar os diferentes padrões em conjunto ou isoladamente.
- No fim de cada padrão obtém-se o seu índice de qualidade e, o somatório dos 3 padrões, traduz o índice de conformidade global



Concluimos, relembrando que ...

O uso adequado de luvas nos momentos preconizados é uma das formas de diminuir as IACS.

Estando, quase sempre na linha da frente, cabe a cada enfermeiro responsabilizar-se pela seleção do equipamento individual de proteção mais adequado tendo em conta o contato com o doente.

Com o intuito de evitar a transmissão cruzada da infeção o enfermeiro deve adequar os equipamentos individuais de proteção aos procedimentos a efetuar, cumprir as regras de colocação e de remoção dos mesmos, instruir os profissionais e educar os doentes e as visitas para a seleção dos equipamentos de proteção individual, a sua colocação e a sua remoção (DGS, 2007).

Questões????

Bibliografia

- Azevedo, F. I. (Dezembro de 2007). *Profissões de Risco-Enfermagem uma profissão exposta a diversos factores de risco*. Coimbra.
- Carraro, T. E. (2004). Os Postulados De Nightingale E Semmelweis : Poder / Vital Tégias P Ara a Evit Abilidade Prevenção / Contágio Como Estra Nightingale ' S and Semmelweis ' Postula Tes : Vit Al Po Wer and Semmelweis ' Postulates : Vital Cont a, 12(4), 650-657.
- Direção Geral de Saúde. (2009). Programa Nacional De Prevenção E Controlo Da Infecção Associada Aos Cuidados De Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2007). Programa nacional de prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados de saúde. *Direcção-Geral Da Saúde, 20*.
- Direção Geral de Saúde[DGS] (2009). *Vigilância epidemiológica das infeções associadas aos cuidados de saúde: critério para definição de infeções nos cuidados de saúde de agudos*
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*.
- DGS (2010) Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde – Vigilância epidemiológica da infeção nosocomial da corrente sanguínea. Lisboa: DGS, file:///C:/Users/Lg%20R510/Downloads/i013655%20(3).pdf [15 de Outubro de 2014].
- Direção Geral de Saúde (2013) Prevalência de Infecção Adquirida no Hospital e do uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses.
- Direção-Geral da Saúde. Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde: Norma 013/2014 de 25 de agosto de 2014 (atualizada a 7 de agosto de 2015). Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2015.
- Ducl, G. Fabry, J.; Nicolle, L. (2002) – *Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital - um guia prático* [Em linha]. Lisboa: INSRI, 2002.
- Imperatori, E. Giraldes, M.R. (1993). *Metodologia do planeamento da Saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Escola superior de saúde pública. Obras Avulsas. Lisboa

Bibliografia

- IOM (Institute of Medicine). 2001. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Lage, M. J. e Sousa, P. (2013). Implementar programas de qualidade e de segurança do doente: que ganhos podemos esperar? Revista Tecno Hospital nº 60 Acedido em: http://repositorio.chlc.minsaude.pt/bitstream/10400.17/1718/1/Tecno%20Hospital%202013_22.pdf
- Lakatos, E. & Marconi, M. (1990). *Fundamentos de Metodologia Científica. Projeto e Relatório de Pesquisa* (pp. 207 – 225). 2ª Edição Revista e Ampliada: Atlas.
- Leite, E.; Malpique, M.; Santos, M.R. (2001). *Trabalho de projecto: aprender por projectos centrados em problemas*. (4ª Edição). Porto: Edições Afrontamento
- Ministério da Saúde. Direção Geral de Saúde. (2015). *Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde*, Norma 013/2014 (Internet).
- Pina, E. (2010). Infecção relacionada com a prestação de cuidados de saúde : infeções dacrorrente sanguínea (septicemia), 28, 19–30.
- Portugal, M. da S. (2015). Despacho n.º 1400-A/2015. *Plano Nacional Para a Segurança Dos Doentes 2015-2020 - Diário Da República, 2.ª série*(28), 3882(2)-(10).
- Pratt, R. J. et al. epic 2: National Evidence-Based Guidelines for Preventing HealthcareAssociated Infections in NHS Hospitals in England. *Journal of Hospital infection* 2007, 655, (supplement 1): S1-S64
- Ruivo, M., Nunes, L., & Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15, 1–38.
- Ward, D. (Janeiro de 2001). Implementação da prática baseada na evidência no controlo da infecção. *Nursing- Edição Portuguesa* , pp. 30-34.
- WHO. (2009). on Hand Hygiene in Health Care First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. *World Health*, 30(1), 270. <https://doi.org/10.1086/600379>

Apêndice XI– Formação “ O Conforto do doente crítico no serviço de urgência”



O Conforto do Doente Crítico no Serviço de Urgência

Elaborado por: Nuno Bravo

Sob orientação: Professora Doutora Maria do Céu Marques

Enfermeira Especialista: Sandra Sapatinha

Elvas
Janeiro de 2020



Introdução

- Diariamente, os enfermeiros que trabalham no serviço de urgência lidam com o sofrimento físico e psicológico dos doentes. Neste sentido, é fundamental que o conforto da pessoa doente seja, cada vez mais, um dos principais focos de atenção da prestação de cuidados.
- O Conforto e cuidados de enfermagem têm sido estudados pela Dra. Kolcaba há já vários anos, o que me inspirou na escolha da temática e desenvolve-la no contexto do serviço de urgência. Desenvolver a Enfermagem centrada na perspetiva do doente e na satisfação das suas necessidades. (Kolcaba, 2003).

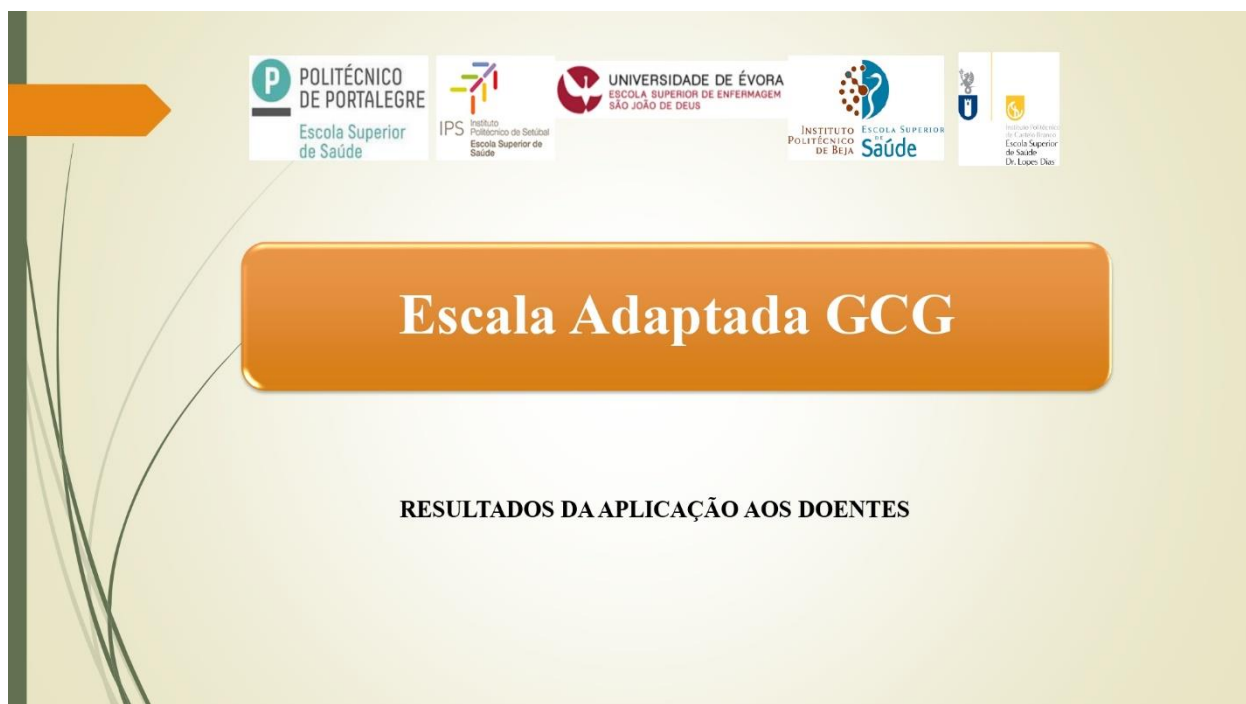
Objetivos

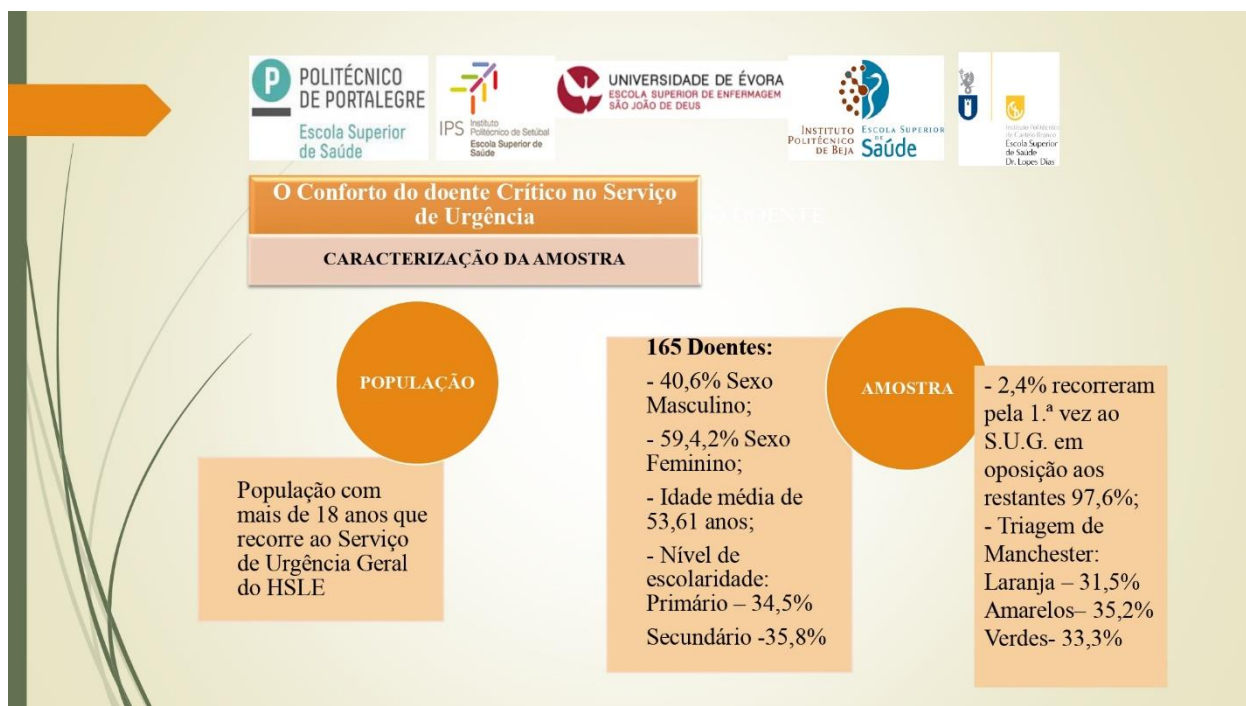
- Conhecer o índice de conforto dos doentes que se encontram no Serviço de Urgência.
- Validar a escala adaptada *GCQ* de 32 itens , desenvolvida por Kolcaba.
- Divulgar á equipa de Enfermagem os resultados obtidos no estudo.

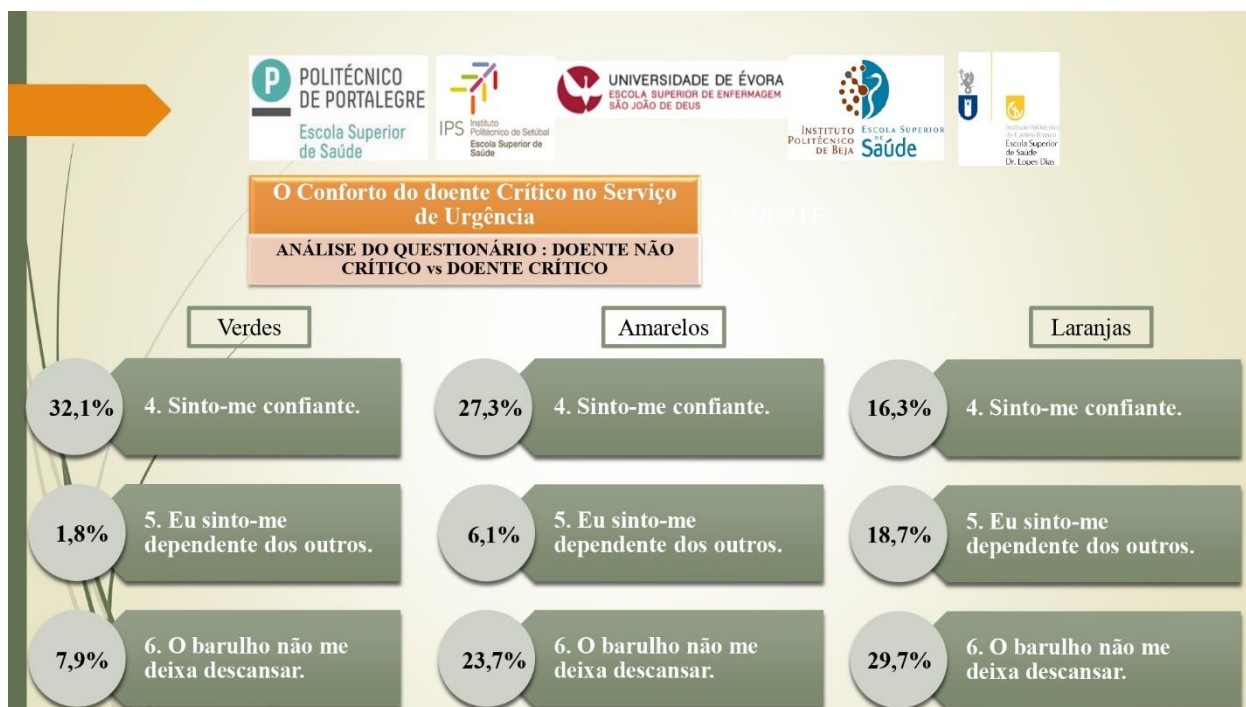
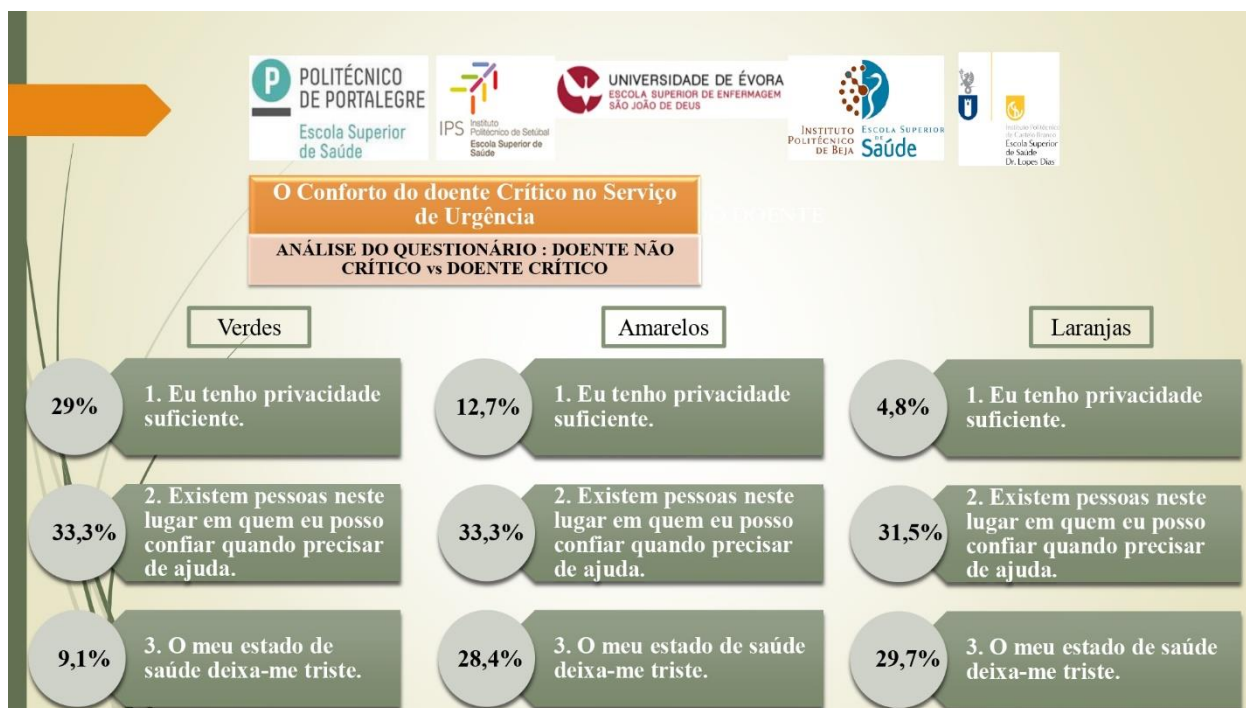
Definição

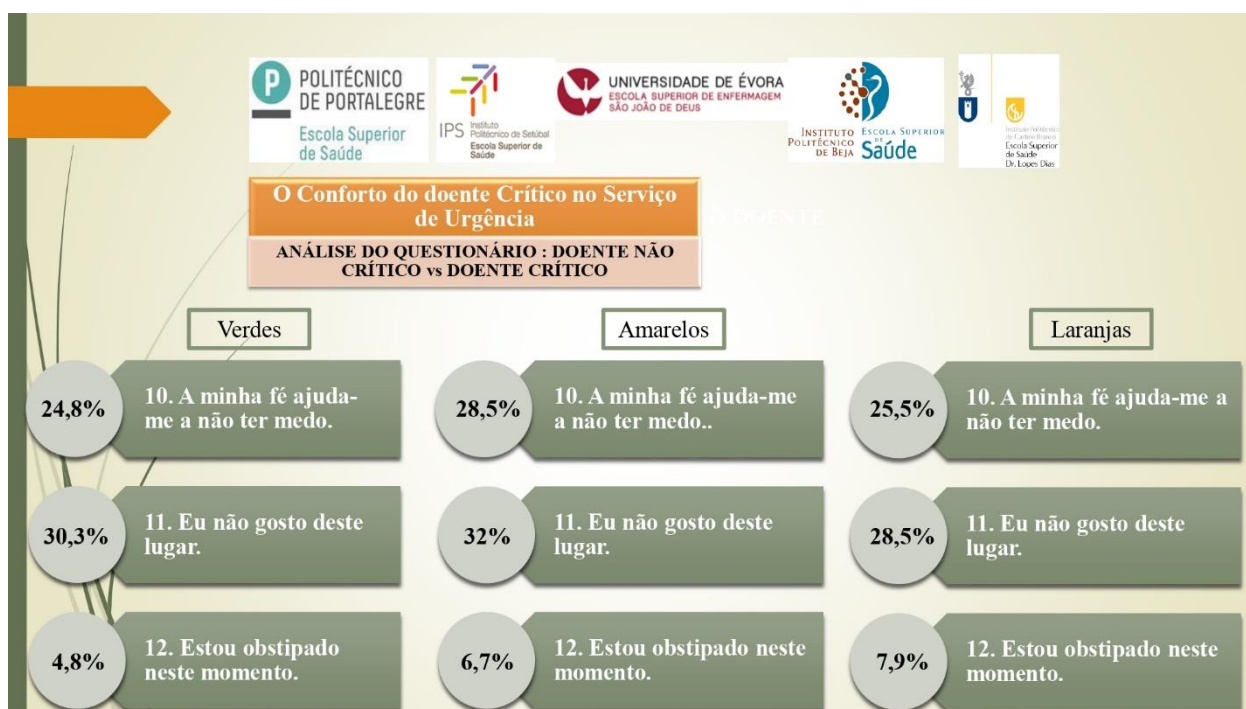
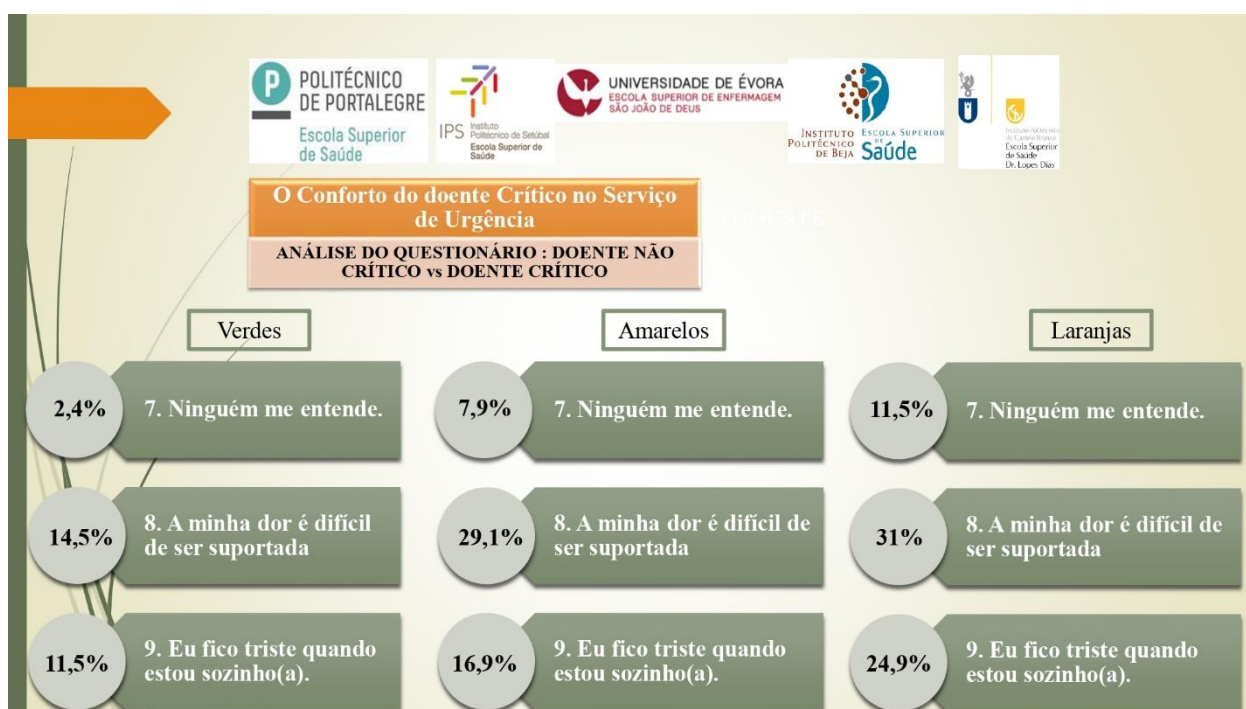
KOLCABA (2003) refere, que “o conforto é definido como a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto. É a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades nos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental)”.

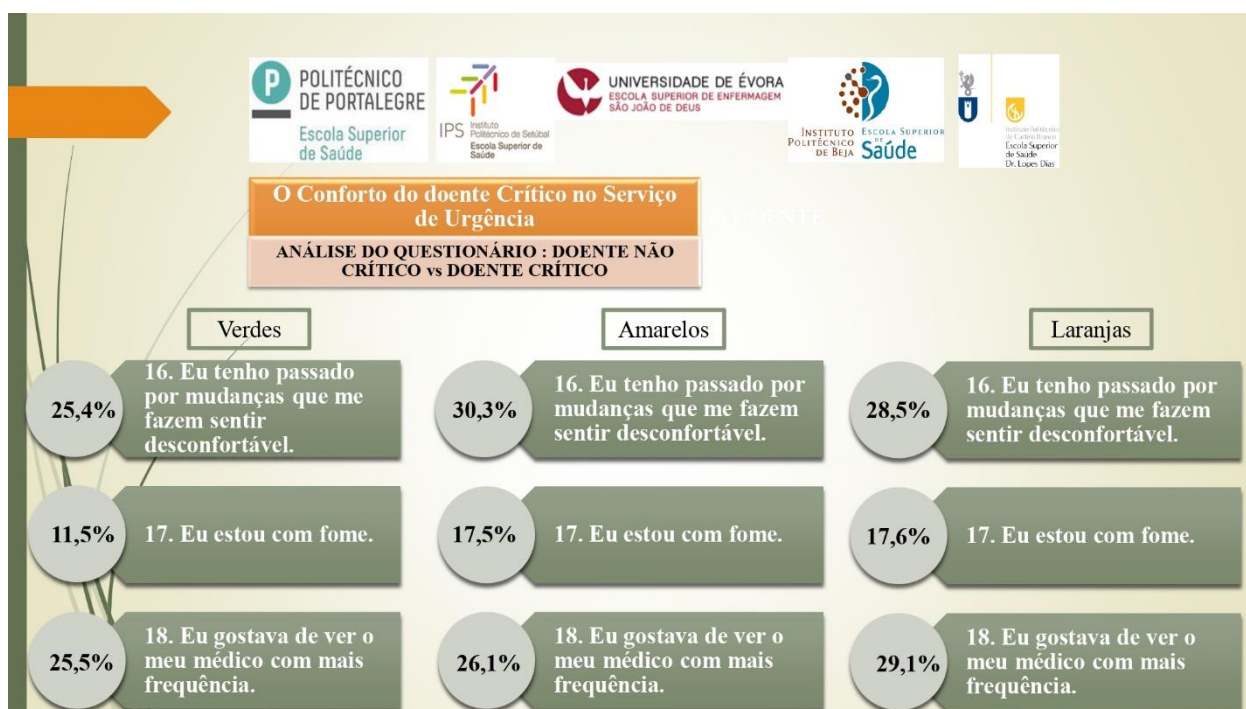
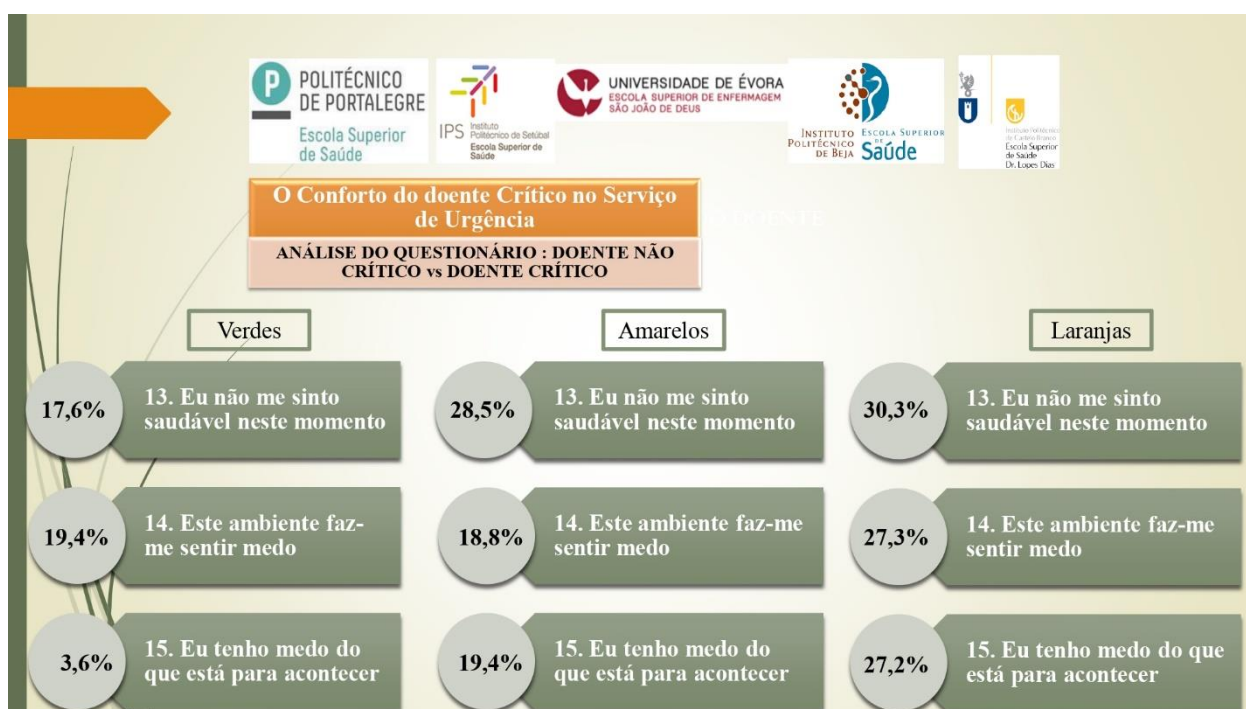
Tomey e Alligood, 2004, p.484

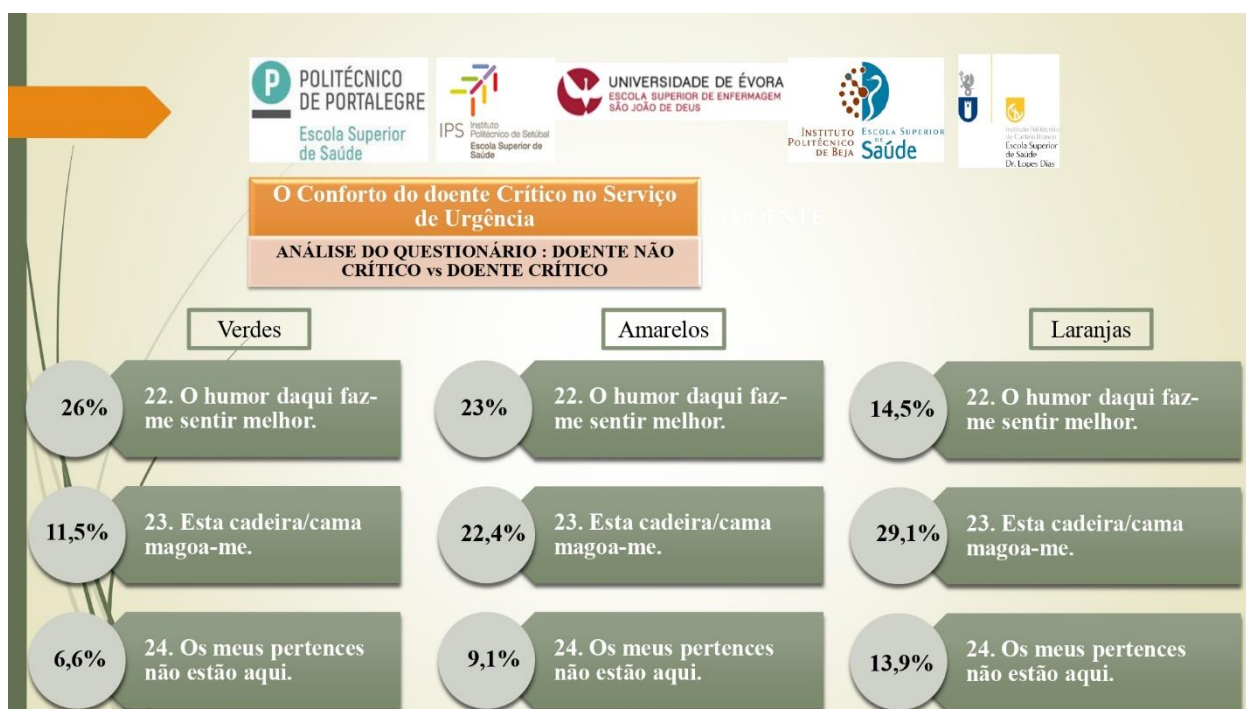
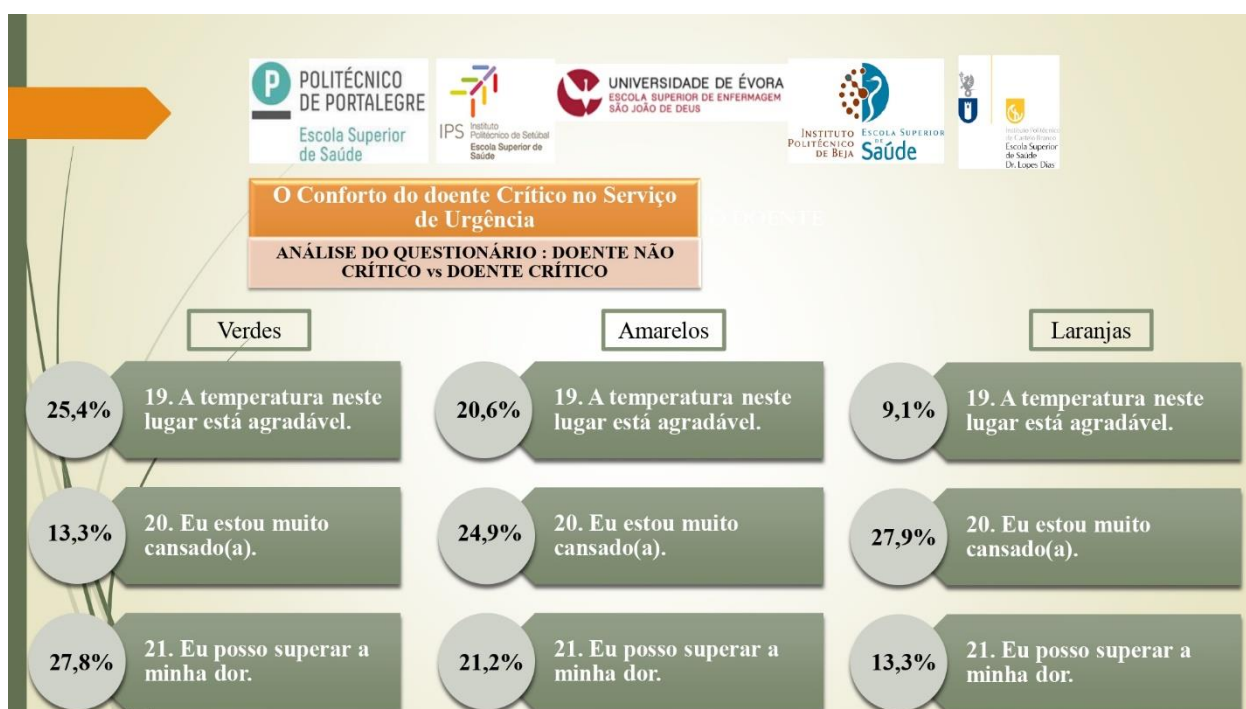


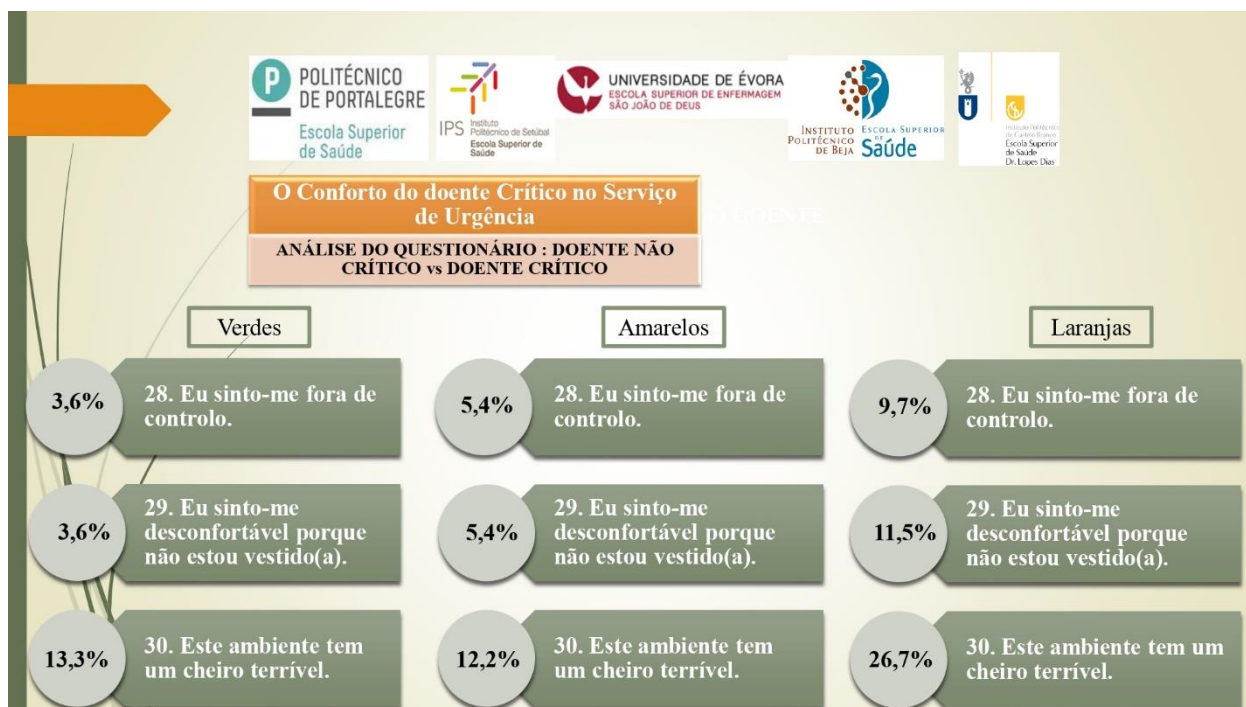
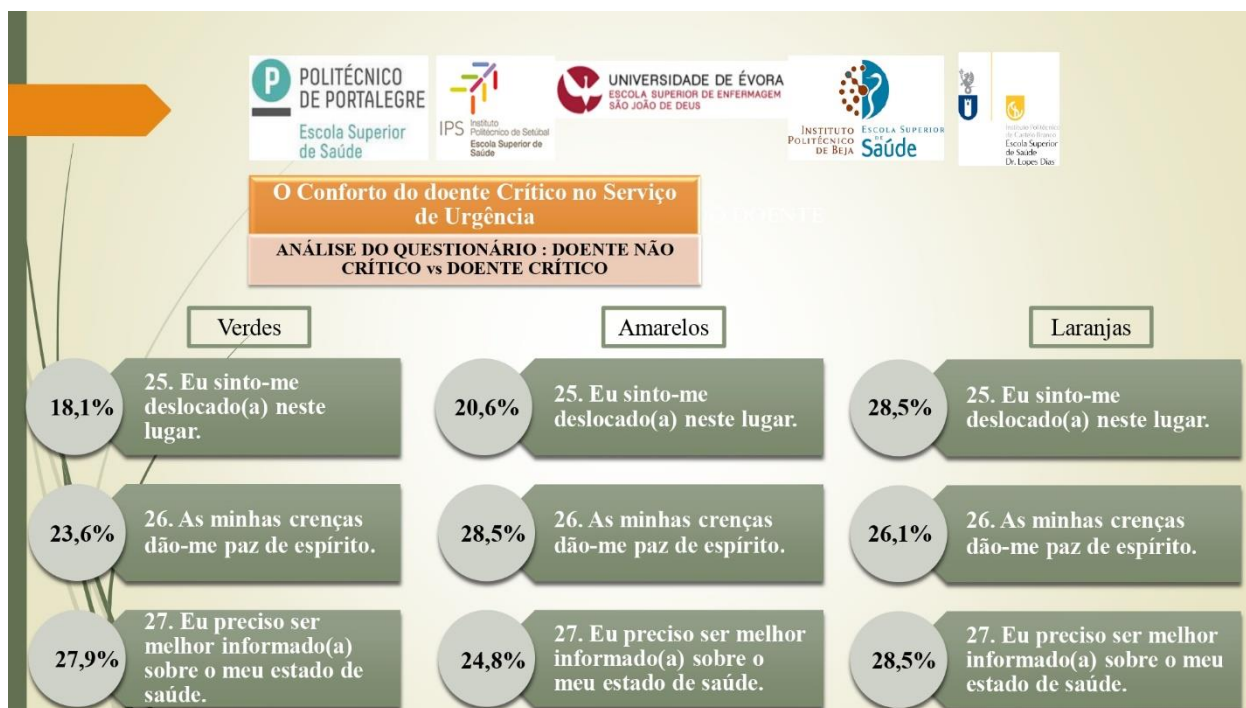


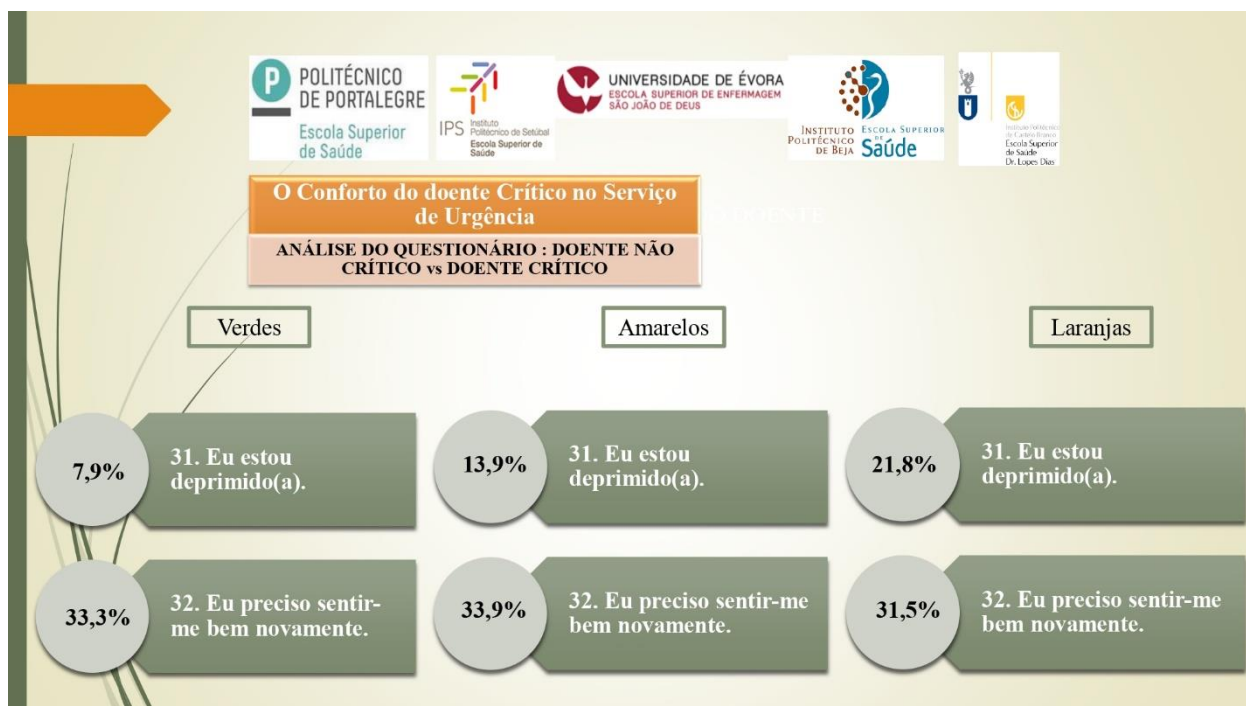












O Conforto do doente Crítico no Serviço de Urgência
CONCLUSÃO

O conceito de conforto é, frequentemente utilizado em diferentes contextos da prática de enfermagem, surgindo muitas vezes relacionado com a dimensão física da pessoa, no entanto, tal como se pode verificar com a aplicação da Escala Adaptada GCQ, as dimensões ambientais assumem uma grande importância para os doentes.

O Conforto do doente Crítico no Serviço de Urgência

CONCLUSÃO

Após a análise dos resultados da aplicação da *Escala Adaptada GCQ* conclui-se que existe uma divergência nas perspetivas de conforto dos doentes não críticos VS doentes críticos.

O Conforto do doente Crítico no Serviço de Urgência

BIBLIOGRAFIA

- APÓSTOLO, João Luis - O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. Referência. Coimbra. II Série, n.º9 (2009), p. 61-67.
- COLETE PORTELANCE, 1994, p.2 in PHANEUF, Margot - Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. 1a ed. Camarate: Lusociência. 2005. 633 p. ISBN – 972-8383-84-3.
- COLLIÈRE, Marie – Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Lidel, 1999. 385p. ISBN 972- 757-109-3
- KOLCABA, Katherine – Comfort Theory and Practice. New York: Springer, 2003. 264p. ISBN 0-3261-1663-7
- LAMPREIA, Cláudia e SANTOS, Daniela – Impacto no sono e conforto do doente. Revista Nursing. No 195, Ano 15. Janeiro 2005. p. 37 a 40. ISSN 0871-6196
- RABIAIS, Isabel – Saber ser... implica acompanhar. Acontece enfermagem. Lisboa. ISSN – 1645-1805. vol. III, no6 (2003), p. 7-11.
- TOMEY, Ann; ALLIGOOD, Martha – Teóricas de Enfermagem e a sua Obra. 5a ed. Loures: Lusociência, 2004. 750 p. ISBN – 972-8383-74-6.

Apêndice XII – Levantamento de risco clínico



Risco Clínico 1

Identificação do perigo: Inexistência de suportes de pé para saco coletores de urina

Risco: Risco de infeção

Fundamentação: Os doentes algaliados que se encontrem sentados no cadeirão, o saco coletor de urina encontra-se no chão, o que aumenta o risco de infeção hospitalar.

Probabilidade de acordo com a frequência: Provável

Avaliação da Gravidade: grave

Risco Clínico 2

Identificação do perigo: WC dos doentes sem barras de apoio

Risco: Risco de queda

Fundamentação: As instalações sanitárias dos doentes não tem barras de apoio no poliban. O chão é escorregadio e as cortinas existentes nem sempre apresentam as melhores condições, deixando sair água. Existe risco de queda para todos os doentes que utilizam as instalações sanitárias.

Probabilidade de acordo com a frequência: Provável

Avaliação da Gravidade: grave

Apêndice XII – Artigo “ O conforto do doente crítico”



CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Unidade Curricular: Estágio Final

Docente: Prof.^a Dr.^a Maria Céu Marques

“O CONFORTO NO DOENTE CRÍTICO”

Discente: Nuno Bravo, nº 9238

Janeiro

2020

O conforto no doente crítico

Comfort in the critically ill

Comodidad en el enfermo crítico

Nuno Cordeiro Bravo¹, Maria Céu Marques²

1. Enfermeiro da ULSNA, EPE, mestrando em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, do Mestrado em Associação 2018/2020 Portalegre, Portugal.

2. Doutora em Psicologia; Professor-Coordenador, Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Departamento de Enfermagem, Évora, Portugal.

Resumo

Objetivo: Pretende-se analisar artigos científicos que deem resposta a seguinte questão “Quais as medidas que promovem conforto ao doente crítico?”.

Métodos: Realizada uma revisão bibliográfica integrativa através da síntese dos resultados de estudos reconhecidos, publicados e indexados à plataforma EBSCO.

Resultados: Tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 6 estudos para a elaboração desta revisão. Os estudos revelam que o conforto é um conceito muito valorizado para os doentes, o contexto físico e o contexto ambiental são os que mais se destacaram.

Conclusão: O termo conforto é, habitualmente, empregue nos diferentes contextos da prática de enfermagem e faz parte da linguagem usual dos enfermeiros, aparecendo muitas vezes relacionado com a dimensão física. Relativamente ao contexto ambiental a música, surge como uma terapia que contribui para o conforto dos doentes, diminuindo a dor, e reduz a ansiedade.

Palavras-chave: Conforto, Doentes, Serviço de Urgência.

Abstract

Objective: To analyze scientific articles that answer the following question: “What are the measures that promote Comfort to the critically ill?”.

Methods: An integrative bibliographic review was performed by synthesizing the results of recognized studies published and indexed to the EBSCO platform.

Results: Considering the inclusion and exclusion criteria, 6 studies were selected for the elaboration of this review. Studies show that comfort is a highly valued concept for the patients, the physical context and the environmental context are the most prominent.

Conclusion: The term comfort is usually used in different contexts of nursing practice and is part of the usual language of nurses, often appearing related to the physical dimension. Regarding the environmental context music, emerges as therapy that contributes to the comfort of patients, reducing pain, and reduces anxiety.

Keywords: Comfort, Patients, and Emergency Service.

Resumen

Objetivo: Se pretende analisar artigos científicos que respondan a la siguiente cuestión: “¿Qué medidas promueven la comodidad del paciente crítico?”

Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica integradora sintetizando los resultados de estudios reconocidos publicados e indexados a la plataforma EBSCO.

Resultados: Teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron 6 estudios para la elaboración de esta revisión. Los estudios demuestran que la comodidad es un concepto muy valioso para los pacientes, el contexto físico y el contexto ambiental son los más destacados.

Conclusión: El término comodidad generalmente se usa en diferentes contextos de la práctica de enfermería y es parte del lenguaje habitual de las enfermeras, que a menudo aparece relacionado con la dimensión física. Respecto al contexto ambiental, la música emerge como una terapia que contribuye a la comodidad de los pacientes, reduce el dolor y reduce la ansiedad.

Palabras-llave: comodidad, pacientes, servicio de emergencia.

Introdução

A presença doente crítico em ambiente hospitalar, consiste num processo revestido de situações de vulnerabilidade, dada a exposição aos elementos de stress e ameaças (integridade corporal, vergonha, dor, cansaço, dependência e outras privações). As prioridades de saúde ao doente crítico, atualmente, centram-se no tratamento da doença, expondo-o ao declínio funcional. (1)

O enfermeiro desempenha um papel fundamental no que diz respeito à satisfação das necessidades, na potenciação e readaptação das capacidades e na garantia da dignidade do doente. O conforto surge como uma área importante para a enfermagem, caracterizando-se pela sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal. (2)

Na Teoria de Conforto de Kolcaba o conforto é visto como uma experiência imediata, fortalecida através da satisfação das necessidades nos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência). O alívio é o estado no qual uma determinada necessidade foi satisfeita, sendo necessário para que a pessoa restabeleça o seu normal funcionamento. A tranquilidade corresponde ao estado de calma ou de satisfação e é necessário para que a pessoa tenha um desempenho eficiente. Por seu lado a transcendência é o estado no qual cada pessoa sente que tem competências ou potencial para planear e controlar o seu destino. (3)

De acordo com a teoria supracitada, os três estados de conforto desenvolvem-se em quatro contextos: físico (respeitante às sensações corporais), psicoespiritual (ou seja, à consciência de si mesmo, incluindo-se aqui a autoestima e o autoconceito), sociocultural (no que diz respeito às relações interpessoais, familiares e sociais) e ambiental (que envolve aspetos como a luz, barulho, temperatura). (3)

No que concerne ao aspeto físico estão incluídas as satisfações das necessidades humanas básicas, cuidados da integridade cutânea e contacto físico. A dor surge como o fator mais relevante para a obtenção de conforto físico. (4)

Relativamente ao contexto psicoespiritual, verifica-se que este está relacionado com a comunicação entre o prestador de cuidados e o doente, a partir da mesma desenvolve-se apoios espirituais e estratégias para melhorar o convívio social. No que diz respeito ao contexto ambiental a sua atenção está dirigida para as condições externas nomeadamente: a cor, iluminação, sons e ruídos, iluminação, odor, temperatura, vistas da janela, elementos naturais e artificiais. (4)

Por sua vez o contexto sociocultural, baseia-se em ações dirigidas para os familiares, dando ênfase à relação doente e família. No aspeto cultural existem referências de atividades lúcidas como uma forma de promover o conforto. Esse aspeto deve estar presente, uma vez que proporciona sentimentos de alegria ou distração. (4)

Desta forma, torna-se necessário identificar as medidas que promovam conforto no doente crítico. Sendo os cuidados de enfermagem uma pedra basilar em todo este processo, uma análise sobre a temática implica melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao doente. (5)

Metodologia

Com o objetivo de sistematizar o conhecimento atual existente sobre as medidas que proporcionam conforto ao doente crítico foi realizada uma revisão da literatura. “Uma revisão da literatura consiste num reagrupamento de trabalhos publicados relacionados com a temática de investigação. Examinam-se as publicações para levantar tudo o que se relaciona com a questão de investigação, assim como, para determinar os métodos utilizados e apreciar ao mesmo tempo as relações estabelecidas entre os conceitos, os resultados obtidos e as conclusões.”⁶ Deste modo é possível integrar as informações disponíveis em estudos já realizados, nos quais se podem identificar elementos semelhantes e divergentes, refletindo sobre os mesmos.

Esta revisão da literatura foi baseada nas componentes do Modelo PICOD, considerando os Participantes, Intervenções, Comparações, os Outcomes/Resultados e o Desenho do Estudo. Como ponto de partida foi formulada a questão: Quais as medidas que promovem conforto ao doente crítico?

Após a definição da questão central, aplicamos o protocolo de pesquisa PICOD definindo os Participantes (P), as Intervenções (I), as eventuais Comparações (C), os Resultados (O) e o Desenho do estudo (D).

P	Participantes	Quem foi estudado?	Os doentes
I	Intervenções	O que Foi estudado?	Medidas de Conforto
C	Contexto	Local estudado	Hospital
O	Outcomes	Resultados, efeitos ou consequências	Identificar medidas de conforto/ desconforto do doente.
D	Desenho do Estudo	Como é que as evidências foram recolhidas?	Revisão Sistemática sustentada em bases de dados nacionais e internacionais relacionadas com a temática em questão

Tabela 1 – Resumo dos parâmetros PICOD

Assim, o objetivo principal deste trabalho é identificar as medidas que promovam conforto ao doente crítico. Foi feita pesquisa em motor de busca de base de dados

informatizados e certificada EBSCO (MedLine, CINAHL e Cochrane Central Register of Controlled Trials), usando como descritores (confirmados no DeCS) da mesma as seguintes palavras-chave: Comfort, Patients, e Emergency Service. Com o objetivo de obter os artigos mais adequados para questão formulada, foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão, apresentados na seguinte tabela:

CrITÉRIOS de inclusão	CrITÉRIOS de exclusão
Artigos disponíveis on-line de forma integral. Artigos em língua inglesa, portuguesa, espanhola ou francesa.	Documentos anteriores ao ano 2014.
Inclusão no estudo de doentes adultos/idosos em contexto de serviço de urgência, cuidados intensivos, e serviço de cardiologia. Abordagem do conforto.	Documentos escritos em língua diferente à dos critérios de inclusão. Inclusão no estudo de doentes com idade inferior a 18 anos. Artigos repetidos Artigos sem metodologia científica.
Estudo responde parcialmente às questões de investigação.	Estudo não responde às questões de investigação

Tabela 2 – Critérios de inclusão e exclusão.

Após a aplicação dos critérios foram selecionados 6 artigos cujo conteúdo se revelou pertinente para esta revisão. No resumo de cada trabalho é identificado o ano, o país, autor, participantes, intervenções, resultados, conclusões e desenho de estudo.

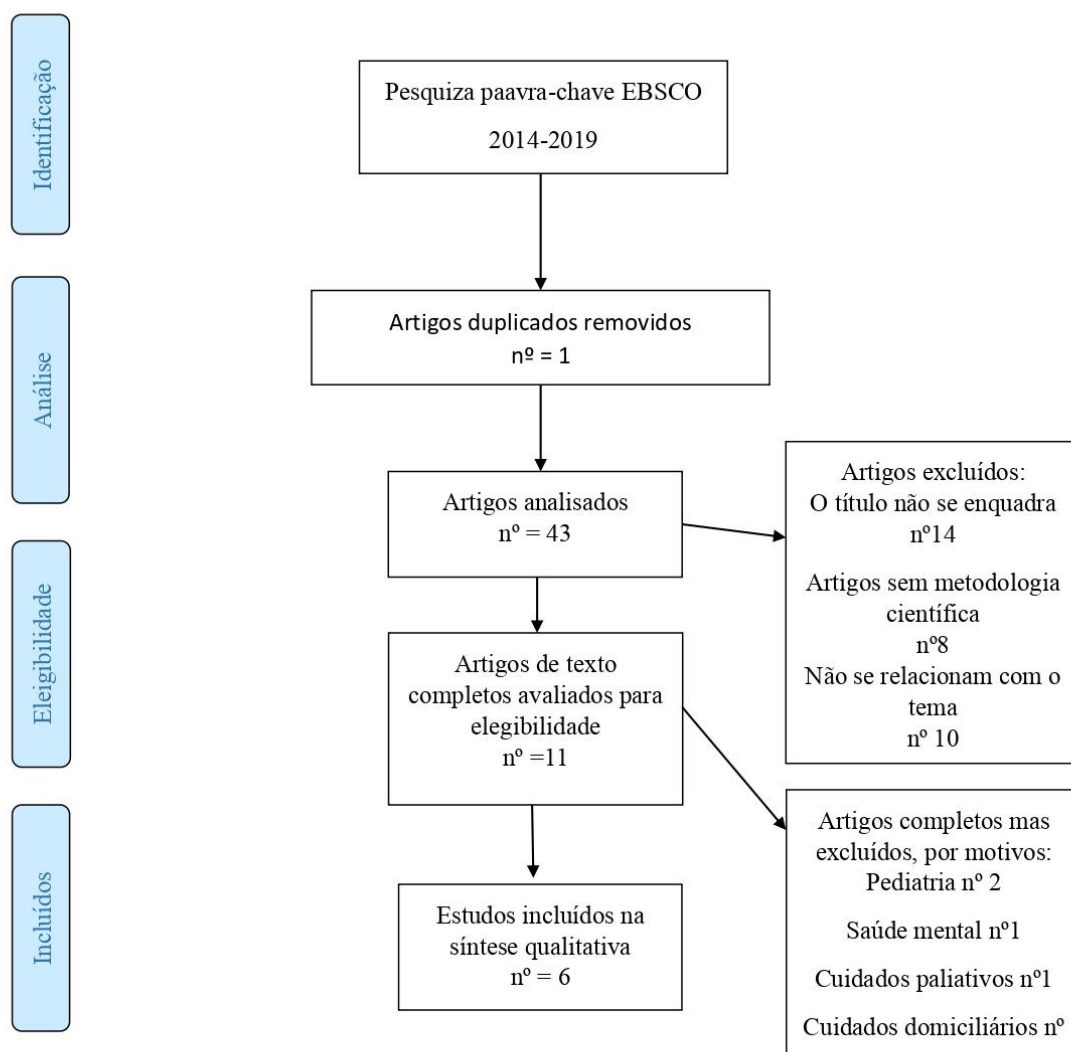


Figura 1 - : Fluxograma da estratégia de seleção de estudos

Os artigos foram avaliados de acordo com as grelhas de Joanna Briggs, 2016.⁷

Referência	Níveis de evidência JBI ⁷	Grau de recomendação JBI ⁷
Ponte, et al., 2019 ⁸	Nível 4 b – Estudo transversal	A
González, et.al., 2017 ⁹	Nível 4 b - Estudo transversal	A
Mauri, et.al.; 2018 ¹⁰	Nível 2 c – Quase experimental estudo de controlo	A
Schallom et. al., 2015 ¹¹	Nível 2 d – Pré- teste/Pro-teste retrospectivo grupo de controlo	A
Cukurova, Gursel; 2015 ¹²	Nível 4 b - Estudo transversal	A
Rutka, Joana et.al; 2016 ¹³	Nível 4 b - Estudo transversal	A

Tabela 3 - Classificação dos artigos incluídos para análise, por níveis de evidência (JBI) e grau de recomendação.

Identificação do estudo	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13
Ponte, et al., 2019 ⁸	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	NA					
González, et.al., 2017 ⁹	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y					
Mauri, et.al.; 2018 ¹⁰	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y				
Schallom et. al., 2015 ¹¹	Y	N	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Cukurova, Gursel; 2015 ¹²	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y					
Rutka, Joana et.al; 2016 ¹³	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y					
Y %	100	83,3	100	100	100	83,3	66,6	83,3	100	100	100	100	100

Tabela 3 - Classificação dos artigos incluídos por qualidade/recomendação metodológica (JBI).

Artigos (Autor, Data, Local)	Objetivos do Estudo	Desenho do Estudo	Participantes (tipo e n°)	Intervenções ou fenómenos de interesse	Resultados/Conclusões
Título: Comfort requirements of patients assisted by the urgency and emergency service: implications for the nursing profession					
Ponte, et al., 2019 ⁸ Brasil	Descrever o conforto dos doentes no serviço de emergência e implicações nos cuidados de enfermagem	Estudo exploratório descritivo qualitativo	Amostra de 85 doentes, internados de 12 a 24 horas no Serviço de Emergência, investigados por meio de formulário, entre novembro de 2014 a fevereiro de 2015	A informação foi analisada de acordo com as informações de Minayo.	<ul style="list-style-type: none"> Considerando o contexto físico, a dor foi a principal desconforto abordado. No contexto ambiental, os doentes sentem-se desconfortáveis ao ver outros em condições mais severas e também mencionam camas desconfortáveis e vários ruídos. As macas também provocam desconforto porque são estreitas e mal acolchoadas, um tecido que facilita higiene, mas que gera um aumento indesejado na pele piorando a sensação térmica dos ambientes. Os participantes do estudo também lamentaram a falta de atenção dos profissionais no esclarecimento das dúvidas.

Título: Comfort of Patients Hospitalized in Intermediate and Intensive Care Units					
González, et.al., 2017 ⁹ Colômbia	Associar os fatores sociodemográficos às dimensões do conforto (físico, social, psicosspiritual e ambiental) de doentes internados em unidades de terapia intensiva e intermediária.	Estudo analítico transversal	Amostra 160 doentes internados em terapia intensiva e Unidades de atendimento intermediário de quatro instituições na cidade de Cartagena	Motivar a equipe de enfermagem, como líderes em assistência ao doente.	<ul style="list-style-type: none"> Os doentes hospitalizados nas UCI com maior nível socioeconómico têm uma menor probabilidade de sentir desconforto durante o internamento. Na dimensão social os doentes com um nível de educação maior tiveram uma menor probabilidade de se sentirem desconfortáveis.
Título: Impact of flow and temperature on patient comfort during respiratory support by highflow nasal cânula					
Mauri, et.al.; 2018 ¹⁰ Itália	Testar se um maior fluxo de oxigénio contribui para um maior conforto.	Estudo prospectivo e cruzado	Amostra 40 doentes internados em UCI.	Em doentes mais graves que necessitam de um maior nível de FiO ₂ , foi alcançado melhor conforto com volume mais alto 60 l / min) e isso pode sugerir que mais efeitos correção eficaz de hipoxemia e / ou melhora da função pulmonar.	<ul style="list-style-type: none"> A temperatura definida durante o uso da cânula nasal de alto fluxo proporciona um maior conforto dos doentes com insuficiência respiratória hipoxémica aguda. Um fluxo mais elevado não diminui o conforto do doente.
Título: Pressure ulcer Incidence In Patients Wearing nasal-Oral Versus Full-Face non Invasive Ventilation Masks					
Schallom et. al., 2015 ¹¹ EUA	Examinar a incidência, localização e estágio das úlceras por pressão e conforto dos doentes com máscara em comparação com uma máscara facial.	Estudo observacional, comparativo.	Amostra 200 doentes internados em UCI.	Doentes com máscara facial relataram um score de conforto significativamente menor (P <0,001) [SD], 1,9 [1,1]), representando leve desconforto, comparada com a fase da máscara nasal-oral.	<ul style="list-style-type: none"> O uso de uma máscara facial que atribui a pressão a uma área de superfície maior significativamente menos úlceras por pressão e foi mais confortável para os pacientes.

The Effect of Music on Comfort, Anxiety and Pain in the Intensive Care Unit: A Case in Turkey					
Cukurova, Gursel; 2015 ¹² Turquia	É investigar o efeito da música na dor, ansiedade e conforto em pacientes que estão na unidade de terapia intensiva (UTI) com o diagnóstico de Acidente Cerebrovascular (AVE).	Quantitativo.	Os participantes foram 72 doentes, com AVC que foram hospitalizados no UTI de um hospital estadual localizado em Adana, Turquia	A musicoterapia em UCI.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificou-se que a música aumentou o nível geral de conforto e pO₂. A tensão sistólica arterial, EVA, Nível de Ansiedade Estatal e Escala de Faces diminuíram consideravelmente com a musicoterapia. • A música é um tipo de terapia que contribui para o conforto dos doentes em UCI, diminuindo a dor, e ansiedade.

Comparison of patient comfort after coronary angiography by standard arterial access approaches					
Rutka, Joana et.al; 2016 ¹³	É comparar os dois métodos, o acesso radial/acesso femoral, se traduz num maior conforto para os doentes.	Quantitativo descritivo.	165 doentes com necessidade de realizar angioplastia.	Todas as angiografias coronárias diagnósticas foram realizadas a partir do acesso radial ou femoral, conforme critério cirúrgico.	<ul style="list-style-type: none"> Os resultados indicam que a técnica transradial para angiografia coronária positiva é uma alternativa viável ao tratamento abordagem transfemoral tradicional para melhorar o conforto do doente durante a recuperação hospitalar. A qualidade de vida dos doentes que submetidos a angiografia coronária a partir de acessos radiais notavelmente melhor em termos de características da dor e desconforto.

Tabela 4 - Resumo da Evidência recolhida

Discussão de resultados

Segundo um dos estudos tendo em conta o contexto físico, a dor foi a principal motivo de desconforto abordado. Relativamente ao contexto ambiental, os doentes sentem-se desconfortáveis ao ver outros em condições mais severas. Ainda de acordo com o mesmo estudo, as macas também provocam desconforto porque são estreitas e mal acolchoadas, um tecido que facilita a higiene mas provoca um efeito indesejado na pele. Os participantes do estudo referem ainda a falta de atenção dos profissionais de saúde no esclarecimento de dúvidas ⁽⁸⁾.

Um outro estudo realizado numa unidade de cuidados intensivos, refere que os doentes internados com maior nível socioeconómico têm uma menor probabilidade de sentir desconforto durante o internamento. Outro aspeto relevante diz respeito à dimensão social, uma vez que doentes com um nível de educação maior tiveram uma menor probabilidade de se sentirem desconfortáveis ⁽⁹⁾.

A seleção do equipamento a utilizar pelos doentes é da responsabilidade dos enfermeiros, num estudo verificou-se que o uso da cânula nasal de alto fluxo proporciona um maior conforto dos doentes com insuficiência respiratória hipoxémica aguda, e que um fluxo mais elevado não diminui o conforto do doente ⁽¹⁰⁾.

Num outro estudo observou-se que o uso de uma máscara facial ventilação não invasiva que atribui a pressão a uma área de superfície maior significativamente provoca menos úlceras por pressão e foi mais confortável para os doentes, comparativamente à máscara nasal-oral. ⁽¹¹⁾

A música é um tipo de terapia que contribui para o conforto dos pacientes em UCI, diminuindo a dor, e ansiedade. Num estudo realizado, verificou-se que a música aumentou o nível geral de conforto e pO₂. A tensão sistólica arterial, EVA, Nível de Ansiedade Estatal e Escala de Ansiedade Faces diminuíram consideravelmente com a musicoterapia ⁽¹²⁾.

Um estudo realizado num serviço de cardiologia, onde se verificou que os doentes submetidos à angiografia coronária a partir de acessos radicais, apresentam melhores resultados em termos de características da dor e desconforto, comparativamente à angiografia coronária a partir de acessos femorais ⁽¹³⁾.

Conclusão

Após a revisão da literatura efetuada, e tendo em conta o tema que se pretendia abordar, foram encontrados 6 artigos na ESBCO. Com base nos pressupostos da Teoria de Conforto de Kolcaba, conclui-se que o contexto físico é o que maior desconforto provoca nos doentes.

Sendo da responsabilidade dos enfermeiros a seleção dos materiais a utilizar, deve-se optar por equipamentos que proporcionem um maior conforto aos doentes.

No que concerne ao contexto ambiental, a música surge como uma terapia que melhora significativamente o conforto dos doentes, contribuindo ainda para a diminuição da dor e redução da ansiedade.

Constata-se ainda, principalmente em Portugal, que a produção científica no âmbito do conforto está muito abaixo das necessidades, sendo necessários mais contributos na temática em questão.

Conclui-se ainda que, os enfermeiros são o grupo profissional na área da saúde que mais contribuem para o conforto dos doentes, proporcionando uma melhoria da qualidade de vida dos mesmos.

Bibliografia

- 1) Sousa PP. O conforto da pessoa idosa. Lisboa: Universidade Católica Editora; 2014
- 2) International Council of Nurses. CIPE® Versão 1 - Classificação Internacional para a prática de enfermagem Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2005.
- 3) Kolcaba, K. Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research. (S. P. Company, Ed.). New York; 2003
- 4) Ponte, K. M. D. A., e Da Silva, L. D. F. Comfort as a result of nursing care: an integrative review. Revista de Pesquisa: Cuidado É Fundamental, 2015
Online <https://doi.org/10.9789/21755361.2015.v7i2.2603-2614>
- 5) Durante A; Tonini, T; Armini, Lr. Conforto em cuidados paliativos: o saber-fazer o enfermeiro no hospital geral . Rev enferm UFPE. 2014
- 6) Fortin, M.F., Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação, Lusididacta, 2009
- 7) The Joanna Briggs Institute. The JBI Approach – Levels of Evidence. Available from: <http://joannabriggs.org/jbi-approach.html#tabbednav=Levels-of-Evidence>
- 8) Ponte, et al. Comfort requirements of patients assisted by the urgency and emergency service: implications for the nursing profession, 2019
- 9) González, et.al. Comfort of Patients Hospitalized in Intermediate and Intensive Care Units, 2017
- 10) Mauri, et.al. Impact of flow and temperature on patient comfort during respiratory support by highflow nasal cânula. 2018
- 11) Schallom et. al. Pressure ulcer Incidence In PatIents WearIng nasal-Oral Versus Full-Face non Invasive VentIlatIon Masks. 2015
- 12) Cukurova, G. The Effect of Music on Comfort, Anxiety and Pain in the Intensive Care Unit: A Case in Turkey. 2015
- 13) Rutka, J. et.al Comparison of patient comfort after coronary angiography by standard arterial access approaches. 2016

Anexos

Anexo I – Declaração de Aceitação de Orientação



DECLARAÇÃO DO ORIENTADOR

Maria do Céu Mendes Pinto Marques, declara que o *Relatório de Estágio* intitulado O Conforto do Doente Crítico no Serviço de Urgência, do estudante Nuno Miguel Cordeiro Bravo, n.º 9238, do curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização Médico-cirúrgica, A Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre cumpre os requisitos necessários e se encontra em condições de ser apresentado a avaliação/provas públicas.

Escola Superior de Saúde

Data 29/07/2020

O Orientador

Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Assinado por: **MARIA DO CÉU MENDES PINTO MARQUES**

Num. de Identificação: BI069773300

Data: 2020.07.29 12:04:33 +0100



ESS.SA.59-Rev.0

Anexo II – Parecer Positivo da Comissão de Ética para a Saúde da ULSNA

ULSNA+

INFORMAÇÃO

ULSNA-EPE
SECRETARIADO DA ADMINISTRAÇÃO

N.º37/2019, de 13 de novembro

ENTRADA Nº 201908195 (Rev)
13/11/19
Sandra Oliveira

De: Maria Luíza Lopes

Para: Sr. Presidente do Conselho de Administração- Dr. João Moura dos Reis

C/C:

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização do projeto/ estudo "O conforto do doente crítico no Serviço de Urgência."

PARECER

DESPACHO/DELIBERAÇÃO

João Moura Reis
Presidente do Conselho de Administração

Concordo com o parecer emitido
assim como a referida informação.
Proceda-se em conformidade.

O requerente, Nuno Miguel Cordeiro Bravo, enfermeiro, mestrando em Enfermagem em Associação com especialidade na área de Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Saúde de Portalegre, solicitou autorização à ULSNA para realização do projeto/estudo "O conforto do doente crítico no Serviço de Urgência."

Cumprе apreciar:

I- Enquadramento

Como enquadramento e justificação do projeto salienta-se o facto de o requerente exercer a sua atividade no Serviço de Urgência do HSLE e ter existido no seio da equipa de enfermagem a necessidade de sensibilizar o pessoal de enfermagem para a utilização de medidas de conforto para o doente crítico.

II- Objetivos

- Objetivo principal

Desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem, promovendo o conforto do doente crítico no Serviço de Urgência.

- Objetivos específicos

- Construir uma ferramenta de avaliação do conforto do doente crítico no Serviço de Urgência, sustentada na teoria de conforto de Kolcaba;
- Dar a conhecer à equipa a ferramenta construída;
- Realizar estudo piloto no SU do HSLE.

III- Tipo de Projeto

MOD.07.ADM.02

CES
39

Página 1 de 2



INFORMAÇÃO
N.º37/2019, 13 de novembro

O projeto é prospetivo, interventivo e formativo.

IV- População alvo

Elementos da equipa de enfermagem do Serviço de Urgência do HSLE.

V- Instrumento de colheita de dados e fundamento da legitimidade e sua licitude

A recolha de dados será efetuada a partir da aplicação de um questionário dividido em duas partes, a primeira destinada a uma caracterização da amostra e a segunda para aplicação da ferramenta construída.

Os dados a recolher destinam-se a um diagnóstico da situação e consistem apenas em sensibilizar os enfermeiros do SU para a utilização de medidas de conforto nos doentes críticos.

Não são recolhidos ou tratados quaisquer dados pessoais.

VI- Metodologia no Tratamento dos Dados

Os dados são tratados como se referiu no ponto V. Após a recolha é efetuada uma avaliação e a caracterização da amostra da equipa de enfermagem sobre a utilização de medidas de conforto nos doentes críticos, construindo-se uma ferramenta e efetuando-se a formação necessária.

VII- Conclusões e propostas

Compulsada a justificação e enquadramento do projeto, concluímos pela importância do mesmo.

Os documentos que integram o projeto estão em conformidade com as normas instituídas, não se aplica ao presente projeto o RGPD, uma vez que não existem dados pessoais objeto de tratamento.

Nestes termos, a Comissão de Ética, por considerar relevância no presente projeto e por considerar a importância na sua realização bem como no seu objetivo maior que é sensibilizar os profissionais de enfermagem da utilização de medidas de conforto nos doentes críticos, delibera dar parecer favorável à realização do projeto/ estudo: "O conforto do doente crítico no Serviço de Urgência."

É tudo quanto cumpre informar

P'la Comissão de Ética

Maria Luíza Lopes

MARIA LUIZA
NUNES
LOPES
FERREIRA

Identificação profissional
Número de identificação
Profissional: 12111111111111111111
Data de emissão: 13/11/2019
Data de validade: 13/11/2020
Assinatura: Maria Luíza Nunes
Lopes Ferreira
Cargo: Presidente da Comissão de Ética

Anexo: Requerimento com resumo do projeto e todos os documentos anexos.

Anexo III - Comprovativos de autorização ao projeto pelo Conselho Técnico- Científico da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre



DELIBERAÇÃO - 2019 / 25

CONSELHO TÉCNICO-CIENTÍFICO

ASSUNTO: **APROVAÇÃO DOS PROJETOS DE MESTRADO DE ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO – ANO LETIVO 2019/2020 – 3ª EDIÇÃO**

De acordo com Regulamento do Curso de Mestrado de Enfermagem em Associação, O CTC da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre emite parecer favorável aos temas, planos de trabalho correspondentes e respetivos orientadores de cada um dos Ramos de Especialidade de acordo com o mapa que se anexa:

Portalegre, 4 de dezembro de 2019

O Presidente do Conselho Técnico-Científico

(Raul Alberto Carrilho Cordeiro, *Professor Adjunto*)

ESS.CON-TCI.7-Rev.2



Anexo IV - Autorização de utilização do questionário pela autora

Hello to the comfort line

Caixa de entrada x



Nuno Bravo <nunobravo123@gmail.com>

07/10/2019, 22:44



para kathykolcaba

Good night Dr. Kolcaba, my name is Nuno Miguel Cordeiro Bravo I'm a nurse And I'm developing a research study on "comfort in the critically ill patient in the emergency room". I send this message to request permission to use it, the scale "Shortened General Comfort Questionnaire". I still ask if the scale is already valid for Portuguese?

Thanks

Nuno Bravo



Kathy Kolcaba <kathykolcaba@yahoo.com>

08/10/2019, 21:04



para mim

inglês > português Traduzir mensagem

Desativar para mensagens em: inglês x

Hello Nuno, I am attaching the Portuguese version of the General Comfort Questionnaire, which you have my permission to use or adapt for your study. To shorten it, remove items that are not relevant for your study, but make sure the remaining items are balanced among all the cells in the taxonomic structure. You will need to collect your own stats for the instrument, with perhaps a small pilot study of folks representative of your target population. Thank you for your interest in patient comfort.

Dr. Kathy Kolcaba Associate Professor

(Emeritus) The University of Akron

www.TheComfortLine.com



Kathy Kolcaba <kathykolcaba@yahoo.com>

sexta, 15/11/2019, 12:15



para mim

inglês > português Traduzir mensagem

Desativar para mensagens em: inglês x

This TS and GCQ looks very well balanced. Good job! Dr. K

Sent from my iPhone

> On Nov 14, 2019, at 9:08 PM, Nuno Bravo <nunobravo123@gmail.com> wrote:

>

>

> Good night Dr. Kolcaba, I will answer the questions previously asked. Yes, I evenly distributed (more or less) across all 12 cells, attached I send the table that had built for the scale. What is your opinion for the taxonomic structure? I need change something? I am waiting for your final validation.

>

> Sincerely

>

> Nuno Bravo

> <Taxonomic structure.docx>

> <GCQ Nuno_Inglês.doc>

Anexo V - Consentimento informado de participação no estudo

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA A PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A pessoa em situação crítica, ministrado pela Escola Superior de Saúde de Portalegre, em associação com os Institutos Politécnicos de Setúbal, Beja, Castelo Branco e Universidade de Évora, encontra-se a desenvolver um Projeto de Intervenção no Serviço de Urgência que tem como título: ***O Conforto do doente crítico no Serviço de Urgência***, com a orientação da Prof.^a Dr.^a Maria do Céu Mendes Pinto Marques.

O referido estudo tem como objetivo geral: desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem, promovendo o conforto do doente crítico no Serviço de Urgência. Os dados serão recolhidos através de um questionário dividido em 2 partes. A primeira parte, diz respeito a caracterização da amostra. A segunda parte será aplicada a Escala Short GCQ. A amostra será constituída pelos doentes do Serviço de Urgência do HSLE, que aceitem participar no projeto.

Após a recolha dos dados, serão analisados através do software SPSS. Posteriormente serão definidas estratégias que promovam o conforto do doente.

Os dados serão confidenciais, não sendo identificado em qualquer instrumento de recolha de dados a pessoa a quem se refere e serão utilizados exclusivamente para o presente estudo.

Agradece desde já a sua disponibilidade,

Nuno Miguel Cordeiro Bravo

Enfermeiro no Serviço de Cirurgia Geral do HSLE, ULSNA; EPE Contacto: tlm: 967916409; e-mail: Nunobravo123@gmail.com

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa acima designada. Foi garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar a participação neste estudo, sem qualquer tipo de consequência. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que, de forma voluntária forneço, confiando apenas que serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que são dados pelo investigador.

Nome: _____

Assinatura: _____

Anexo VI - Mini Mental State Examination

Mini Mental State Examination (MMSE)

Nome: _____

Idade: _____ anos

Data da avaliação: ____/____/____

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

- 1.1. Em que ano estamos? _____
- 1.2. Em que mês estamos? _____
- 1.3. Em que dia do mês estamos? _____
- 1.4. Em que dia da semana estamos? _____
- 1.5. Em que estação do ano estamos? _____
- 1.6. Em que país vive? _____
- 1.7. Em que distrito vive? _____
- 1.8. Em que terra vive? _____
- 1.9. Em que casa estamos? _____
- 1.10. Em que andar estamos? _____

Pontos: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras, queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas. Procure ficar a sabê-las de cor."

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Pontos: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois, ao número encontrado, volte a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar."

27 _____ 24 _____ 21 _____ 18 _____ 15 _____

Pontos: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar."

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Pontos: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto?" Mostrar os objectos:

Relógio _____

Lápis _____

Pontos: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Pontos: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa." (dar a folha segurando com as duas mãos)

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Pontos: _____

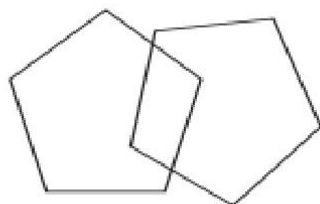
d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz." Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS". Sendo analfabeto, lê-se a frase.
Fechou os olhos Pontos: _____

e. "Escreva uma frase inteira aqui." (Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação) Pontos: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos, cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.

DESENHO:



CÓPIA:

Pontos: _____

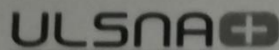
TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com défice cognitivo:

- Analfabetos ≤15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤22 pontos
- Com escolaridade superior a 11 anos ≤27 pontos

FECHE OS OLHOS

Anexo VII – Folha de Avaliação da Sessão de Formação e do Formador



Formação e Investigação, Biblioteca e Documentação

N.º da Operação:	N.º do Curso:	N.º da Ação:

Avaliação Final da Ação

1. Dados Pessoais do/a Formando/a

1.1. Idade

1.2. Sexo: Mas Fem

1.3. Hab. Académicas:

2. Em termos gerais, esta ação de formação correspondeu às suas expectativas:

Nada	Em parte	Muito	Totalmente
1	2	3	4

3 - Interesse da Ação

No decorrer da Ação, qual foi a sua opinião relativamente:

	Negativa		Positiva	
3.1. Aos objetivos do programa	1	2	3	4
3.2. À relevância dos temas	1	2	3	4
3.3. À utilidade para a realização da função	1	2	3	4

4. Avaliação da Ação

De um modo geral, qual a sua opinião relativamente:

	Negativa		Positiva	
4.1. Aos seus progressos na aprendizagem	1	2	3	4
4.2. À sua motivação e participação	1	2	3	4
4.3. Conteúdo do Curso	1	2	3	4
4.4. Ao relacionamento entre participantes	1	2	3	4
4.5. Às instalações e ao espaço de formação	1	2	3	4
4.6. Aos equipamentos de apoio	1	2	3	4
4.7. À documentação recebida	1	2	3	4
4.8. Ao apoio técnico-administrativo	1	2	3	4
4.9. Ao desempenho global dos/as formadores/as	1	2	3	4

5. Comentários /Sugestões

Agradecemos a sua colaboração!

M13

ULSNA+
Formação e Investigação. Biblioteca e Documentação

N.º da Operação:	N.º do Curso:	N.º da Ação:
------------------	---------------	--------------

Avaliação do/a Formador/a

1. Nome do Formador/a: _____

2. Dados Pessoais do/a Formando/a:

2.1. Idade: _____ 2.2. Sexo: Mas. Fem 2.3. Habilitações Académicas: _____

3. Avaliação do/a Formador/a:

De um modo geral, qual a sua opinião acerca do/a Formador/a relativamente:

	Negativa		Positiva	
	1	2	3	4
3.1. À preparação técnica				
3.2. À preparação pedagógica				
3.3. Ao grau de exigência				
3.4. Ao domínio dos temas e conteúdos abordados				
3.5. À linguagem utilizada				
3.6. Ao relacionamento/sensibilidade interpessoal com os/as formandos/as				
3.7. À dinamização e ao incentivo à participação				
3.8. Ao apoio para superar dificuldades na compreensão dos conteúdos				
3.9. À disponibilização de material de apoio				
3.10. À pontualidade				

4. Avaliação do(s) módulos(s)

4.1. De um modo geral, qual o seu grau de satisfação relativamente ao(s) módulo(s) que frequentou:

Nada Satisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Totalmente Satisfeito
1	2	3	4

5. Observações/Sugestões

Agradecemos a sua colaboração!

M11

Anexo VIII – Certificado de Conclusão com Aproveitamento o Curso de Formação Profissional
“Suporte Avançado de Vida” da Alento



European Resuscitation Council vzw
Emile Vanderveldelaan 35
BE-2845 Niel - Belgium

Nuno Cordeiro Bravo

05/01/1986

Recebeu a qualificação de ERC
Advanced Life Support (ALS)
Em Portalegre, Portugal

Vanda Maria SEROMENHO
Course Director




Data do último curso: 11/05/2019

Este certificado é válido de 11/05/2019 a 11/05/2024

Para verificar a validade deste certificado, por favor aceda a <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> e digite ERC-742-470405

Anexo IX – Certificado de Conclusão com Aproveitamento o Curso de Formação Profissional
“Trauma Life Support Advanced” da Femédica

**FEMÉDICA**
FORMAÇÃO E EMERGÊNCIA MÉDICA


Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que Nuno Miguel Cordeiro Branco natural de Monforte nascido em 05/01/1986, com o N.º de Cartão de Cidadão 12929946 4ZY1 válido até 10/08/2022, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de International Trauma Life Support Advanced, em 16/06/2019, com a duração de 16:00 horas.


Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação 0..100
Avaliação Prática	8:00	-
Avaliação Teórica	8:00	80
Nota Final		80

Queluz, 29 de julho de 2019

O(A) Responsável pelo(a) FEMÉDICA - Formação e Emergência Médica, Lda.


(Assinatura e selo branco ou cor-de-rosa)

Certificado n.º 1449/2019 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

 **REPÚBLICA PORTUGUESA**

